FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N° 220

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 1er Avril 1909, à 1 heure

Par André BARBIER

Ancien interne des hôpitaux de Paris et de l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS MALIGNES DU PÉRITOINE

CHEZ L'ENFANT

Président : M. HUTINEL, *Professeur.*

Juges : MM. CHANTEMESSE, *Professeur.*

BEZANÇON (Fernand) } *Agrégés.*

NOBÉCOURT }

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	LANDOUZY.
Professeurs	MM.	
Anatomie		NICOLAS.
Physiologie		Ch. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale		GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		DEJERINE. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		MARIE (Pierre).
Histologie		PRENANT.
Opérations et appareils		HARTMANN.
Pharmacologie et Matière médicale		POUCHET.
Thérapeutique		GILBERT.
Hygiène		CHANTEMESSE
Médecine légale		THOINOT.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie		CHAUFFARD.
Pathologie comparée et expérimentale		ROGER.
Clinique médicale		HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants		HUTINEL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		BALLET (Gilbert).
Clinique des maladies nerveuses		RAYMOND.
Clinique chirurgicale		QUENU. RECLUS. SEGOND. DELBET.
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE
Clinique des voies urinaires		ALBARRAN.
Clinique d'accouchements		PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique		ROBIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	CUNEO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BALTHAZARD	DEMELIN.	LECENE.	OMBREDANNE.
BEZANÇON.	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRANCA.	DUVAL.	LENORMANT.	PROUST.
BRINDEAU.	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BROCA (André).	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
BRUMPT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL.
CARNOT.	JEANSELME.	MARION.	SICARD.
CASTAIGNE.	JOUSSET.	MORESTIN.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LABBE (Marcel).	MULON.	
COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.	

Le Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur HUTINEL

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
MÉDECIN DE L'HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES PREMIERS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE BORDEAUX

MM. PICOT, LANELONGUE, ARNOZAN, POUSSON, DAVEZAC, DUBOURG

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Externat

MM. le professeur TERRIER (Hôpital de la Pitié), 1902-1903.

le docteur LION (Hôpital de la Pitié), 1903-1904.

le docteur VAQUEZ, agrégé (Hôpital St-Antoine), 1904-1905.

Internat

MM. le docteur REYNIER, agrégé (Hôpital Lariboisière), 1905-1906.

le docteur MAYGRIER, agrégé Maternité de l'Hôpital de la Charité, 1906-1907. 1er semestre.

le docteur DE BEURMANN (Hôpital Saint-Louis), 1906-1907. 2e semestre.

le docteur MENARD (Hôpital maritime de Berck-sur-Mer), 1907-1908. 1er semestre.

le docteur LION (Hôpital de la Pitié), 1907-1908. 2e semestre.

A M. le docteur GUINON (Hôpital Bretonneau), Enfants malades, 1908-1909. *En témoignage de vive reconnaissance.*

A MM. les docteurs SAVARIAUD, GOSSET, GRENET, SIMON

INTRODUCTION

Pendant notre année d'internat, à l'hôpital Bretonneau, dans le service de notre maître le Dr L. Guinon, nous avons observé chez une enfant de 4 ans 1/2, un cas de lympho-sarcome du grand épiploon avec généralisation à toute la séreuse péritonéale, avec envahissement du diaphragme et des ganglions médiastinaux. Nous avons suivi la malade tous les jours. Le diagnostic porté dès le début fut tuberculose péritonéale. Cependant, l'évolution rapide de l'affection, la cachexie extrême de notre petite malade, l'absence de cuti-réaction à la tuberculine, nous ont fait hésiter sur ce diagnostic. M. Guinon, après avoir discuté l'idée d'une lésion syphilitique du foie (en raison des antécédents héréditaires de l'enfant), émit l'hypothèse d'une tumeur maligne abdominale, sans en préciser le siège. L'autopsie vint confirmer cette hypothèse.

Nous nous proposons, à ce sujet, de faire une étude d'ensemble sur les tumeurs malignes qui peuvent envahir dans le jeune âge le péritoine et ses replis : épiploon et mésentère.

Pendant longtemps le cancer, chez l'enfant, a été considéré comme exceptionnel. Gendrin, faisant prévaloir la prépondérance à cet âge, de l'action de la circu-

lation et des fonctions nutritives, a été jusqu'à nier son existence. Ce sont là des idées théoriques et Lebert, en 1851, sur 471 cas de cancer, en décrit 15 chez les enfants. Parmi ces quinze observations, deux concernent le péritoine.

Le cancer du péritoine avait été bien étudié par Cruvelhier dans son *Atlas d'anatomie pathologique* : il en rapportait trois cas chez l'adulte. Les thèses de Fournaise, de Galvaing, de Marquis, de Lorreyte, puis de Chuquet, Mongird, celles plus récentes de Aslanian, Vitalien, avec les études anatomo-pathologiques de Cornil et Ranvier viennent compléter l'histoire de cette affection chez l'adulte et le vieillard.

Dans ces différents travaux, on trouve quelques observations se rapportant à l'enfant.

On en trouve surtout dans les thèses parues sur les tumeurs malignes de l'enfant. Rathery (*Diagnostic des tumeurs intra-abdominales chez les enfants*, 1870), cite un des cas les plus anciens de tumeur péritonéale, secondaire à une tumeur de l'intestin : c'est celui de Clar (1855). Il rapporte lui-même une observation de tumeur de l'épiploon secondaire à une tumeur du rein.

Mais le premier travail d'ensemble sur les tumeurs malignes chez les enfants est celui de Duzan, 1876 : « Le mésentère, nous dit cet auteur, l'épiploon, les ganglions rétro-péritonéaux ont été vus affectés de cancer primitif ou secondaire ». Cependant il n'en cite personnellement aucune observation.

Puis viennent sur ce même sujet, les thèses de Le Vaillant, 1881, de Mariage, 1895.

Steffen dans son livre *Die malignen Geschwulste in*

Kinderalt (1908), véritable encyclopédie des tumeurs malignes de tous les organes chez les enfants, nous rapporte dix observations de tumeurs du péritoine.

Enfin, Luigi Concetti dans un article extrêmement documenté de la *Revue d'hygiène et de médecine infantile*, 1906, sur les tumeurs malignes des organes glandulaires lymphatiques, cite tous les cas de lympho-sarcomes du mésentère et de l'épiploon publiés jusqu'alors.

ÉTIOLOGIE

Les tumeurs malignes du péritoine sont peu fréquentes chez l'adulte. Elles sont plus rares encore chez l'enfant. Le Vaillant, après avoir lu 133 observations de cancer chez l'enfant, en publie la statistique suivante en les classant par organes. Il omet les tumeurs de l'œil, au nombre de 70.

Rein	51	Muscles	1
Testicule	12	Estomac	3
Prostate	8	Tissu cellulaire	1
Langue	5	*Péritoine*	1
Os	9	Nez	1
Périoste	2	Cou	2
Abdomen	5	Fesse	1
Encéphale	7	Pied	1
Poumons et plèvres	1	Ganglions	1
Dure-mère	4	Cœur	1
Pancréas	5	Ovaire	1
Foie	5	Intestin	1
Amygdales	2	Périnée	1
Rectum	2	Bassin	1
Larynx	1	Ombilic	1
Cuisses	2		

Steffen, sur 764 tumeurs malignes observées dans l'enfance, en trouve 10 localisées au péritoine. Voici sa statistique :

Rein	219	Intestin	19
Organes génito-urinaires	82	*Péritoine*	10
Foie	39	Larynx	9
Pancréas	5	Poumons	13
Rate	2	Plèvre	7
Os et muscles	131	Cœur	2
Yeux et orbite	80	Ganglions	20
Pharynx-œsophage	4	Moelle épinière et nerfs	19
Langue	2	Sarcomatose et carcinose généralisée	17
Estomac	4		

En résumé, en tenant compte de ces deux statistiques, on peut dire qu'il y a chez l'enfant une moyenne de 1, 2 tumeurs malignes du péritoine pour 100 tumeurs des autres organes.

La séreuse peut être atteinte primitivement ou secondairement.

Nous avons pu réunir 36 cas de tumeurs malignes du péritoine chez l'enfant au-dessous de 15 ans. Nous ne tiendrons pas compte des deux cas de Lebert rapportés avec trop peu de détails.

Parmi les 34 observations qui restent, quatre fois il y avait sarcomatose généralisée à toute la séreuse, à l'intestin, à d'autres viscères, mais la lésion initiale était difficile à préciser. Les observations sont anciennes où l'autopsie (cas de Dénucé et Rabère) a été incomplète. Il s'agissait peut-être de tumeurs multiples, contemporaines, développées aux dépens du tissu lymphatique de ces différents organes. Dans 15 cas, la lésion péritonéale était nettement primitive ; dans 15 autres, elle était au contraire secondaire. En réalité, la proportion des néoplasmes secondaires par rapport aux néoplasmes

primitifs est beaucoup plus grande que ne semble l'indiquer notre statistique. La plupart des néoplasmes abdominaux s'accompagnent de lésions péritonéales de voisinage ; nous avons laissé de côté les cas de péritonite circonscrite avoisinant la lésion initiale et nous avons voulu surtout étudier ceux où il y a nettement néoplasme du péritoine se manifestant par une tumeur plus ou moins volumineuse, plus ou moins indépendante de la tumeur initiale ou par une généralisation proprement dite à la séreuse.

Parmi les 15 observations de tumeurs secondaires que nous avons relatées, 11 se rapportent à des tumeurs consécutives, à un néoplasme du tube digestif. L'intestin grêle est le plus souvent atteint primitivement (8 fois) ; le gros intestin a été deux fois le point de départ du néoplasme ; l'appendice une fois. Il n'est pas étonnant de voir les cancers du tube digestif se compliquer aussi fréquemment de lésions péritonéales; ils sont situés immédiatement au-dessous de la séreuse, en contact intime avec elle, si bien qu'il n'y a pas à proprement parler de tumeurs intestinales sans retentissement sur le péritoine. De plus, tous les vaisseaux lymphatiques et sanguins venant de l'intestin passent dans le mésentère repli péritonéal qui est de ce fait tout prédisposé à être envahi secondairement.

Il n'en est plus de même du rein dont les tumeurs malignes sont si fréquentes dans l'enfance, comme le montrent les statistiques rapportées ci-dessus. La propagation au péritoine des lésions de cet organe est extrêmement rare. Nous n'en rapportons que deux exemples.

L'ovaire, bien que beaucoup moins souvent atteint de

cancer, est lui aussi rapidement le point de départ d'une généralisation au péritoine. Nous en citons deux cas.

D'une façon générale, chez l'enfant le cancer prédomine dans le sexe masculin. Picot compte 108 cas chez les garçons contre 92 chez les filles. Cette prédominance est beaucoup plus grande si on considère les tumeurs malignes du péritoine : Sur nos 34 observations dont on connaît le sexe, 26 se rapportent à des garçons et 8 seulement à des filles. Parmi ces huit deux sont des cas de cancer du péritoine secondaire à une tumeur de l'ovaire. Ce fait ne peut être expliqué. C'est le contraire de ce qui se passe chez l'adulte où les néoplasmes de l'utérus et de ses annexes sont si fréquemment la cause du cancer du péritoine et où, par conséquent, cette affection prédomine dans le sexe féminin.

Les tumeurs malignes ne se développent pas avec une même fréquence à toutes les périodes de l'enfance. Des 15 cas de Lebert, 7 s'étaient produits au-dessous de 5 ans.

Le *British Medical Journal* publiant une statistique sur la mortalité par le cancer dans l'Angleterre et le pays de Galles rapporte 70 cas chez l'enfant, dont 40 au-dessous de 5 ans.

Breslau, sur 26 observations, en trouve 11 pendant la 1re année

Moore rapportant 559 cas de cancer chez les enfants, en cite 178 pendant la 1re année.

En résumé, la 1re année est particulièrement exposée, les 4 années suivantes le sont un peu moins mais beaucoup plus encore que les autres. D'ailleurs voici le tableau donné par Le Vaillant.

Années.	Nombre.	Années.	Nombre.
0 à 1	32	8 à 9	5
1 — 2	12	9 — 10	2
2 — 3	16	10 — 11	2
3 — 4	12	11 — 12	8
4 — 5	2	12 — 13	3
5 — 6	6	13 — 14	2
6 — 7	7	14 — 15	4
7 — 8	4	15 — 16	10

Si nous passons en revue nos observations et si nous considérons l'âge des différents sujets nous arrivons au tableau suivant :

Années.	Nombre.	Années.	Nombre.
0 à 1	1 (congénitale)	8 à 9	1
1 — 2	2	9 — 10	2
2 — 3	3	10 — 11	0
3 — 4	4	11 — 12	4
4 — 5	3	12 — 13	1
5 — 6	8	13 — 14	1
6 — 7	1	14 — 15	1
7 — 8	3		

Ainsi les tumeurs malignes du péritoine de même que les néoplasmes des autres organes sont plus fréquentes dans les 5 premières années de la vie. Elles présentent un maximum vers l'âge de 5 ans, et un autre vers celui de 11 ans.

C'est à ces considérations d'ordre général, à ces sim-

ples statistiques que doit se borner notre étiologie, de même que l'étiologie de tous les néoplasmes. Il en sera ainsi tant qu'on n'aura pas trouvé la cause initiale du cancer. Nous n'avons pas à entrer dans l'étude des différentes théories sur la nature parasitaire ou cellulaire du cancer en général. Nous voulons cependant attirer l'attention sur deux notions étiologiques dont on a discuté l'importance pour les néoplasmes du péritoine : l'hérédité et le traumatisme.

On a parlé beaucoup de l'hérédité dans les néoplasmes de l'enfant. De Saint-Germain, cité dans la thèse de Chauveau, estime que l'hérédité paraît manquer presque d'une façon absolue au point de vue de leur étiologie. Au contraire, Hutchinson pense que l'hérédité est manifeste dans la plupart des cancers chez l'enfant. Pour ce qui concerne les tumeurs du péritoine, une observation de Lebert en serait la preuve : c'est celle d'un fœtus de 4 mois provenant d'une femme qui avait succombé à une affection cancéreuse des plus avancées et des plus étendues. « La cavité abdominale de ce fœtus était fortement distendue par une bouillie grisâtre, gélatiniforme, tremblottante, ressemblant à du tissu colloïde. » Il y avait dans ce cas hérédité directe du cancer. Cette propagation de la mère au fœtus peut être expliquée par une métastase issue par embolie du cancer de la mère. Les cellules ont pu, au moyen de quelques altérations placentaires, franchir les barrières qui séparent les circulations maternelle et fœtale. « On peut dire, il est vrai, si on adopte la théorie de Cohnheim, qu'il n'y a pas métastase mais tumeur cancéreuse héréditaire et déjà développée dans la vie fœtale » (Ménétrier). Cette observation est déjà

ancienne ; elle est incomplète et on ne peut s'appuyer sur elle pour admettre l'hérédité directe du cancer. L'hérédité semble agir plutôt par la transmission d'un état général, d'une diathèse.

Nous n'avons à adopter aucune théorie : nous nous bornerons à dire que dans la majorité de nos observations de tumeur maligne du péritoine, il n'existait pas d'antécédents héréditaires.

Il n'en est pas de même du traumatisme, on le trouve signalé comme cause des accidents dans quelques cas. L'observation de M. Latronche serait peut-être discutable : Ce malade avait reçu un coup de pied dans l'abdomen en septembre 1903 et en aurait souffert plusieurs jours, mais ce n'est qu'un an après que l'enfant ressentit les premiers symptômes marquant le début de son affection. Au contraire, l'observation de M. Pépin est beaucoup plus démonstrative. Une petite fille reçoit un coup de pied dans le ventre au mois de juin, et dès les premiers jours de juillet suivant, elle se plaint du ventre où la mère trouve une tumeur de la grosseur d'une mandarine.

De même le malade cité par Wagner a eu ses premiers accidents après un traumatisme violent au niveau de l'abdomen. Faut-il voir une simple coïncidence ou un rapport de cause à effet ? Il est bien difficile de se prononcer. Il faut reconnaître avec Lancereaux que le traumatisme est loin d'être constant. Cependant il ne faut pas lui dénier toute valeur : on peut le considérer au moins comme une cause occasionnelle.

Les traumatismes brusques et passagers agissent par effraction et constriction des tissus : il se fait un épanche-

ment plus ou moins abondant de sang, il y a des lésions vasculaires.

Le tissu conjonctivo-vasculaire est donc directement incité à proliférer d'une façon anormale : on ne doit pas s'étonner qu'il le fasse d'une façon anormale (Ménétrier).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La péritoine peut être envahi dans toutes ses parties par le néoplasme. A l'ouverture de l'abdomen on voit la séreuse couverte de tumeurs. L'épiploon et le mésentère en sont bourrés. Il y a alors tumeur généralisée du péritoine.

Au contraire, la lésion peut se localiser en un seul point de la séreuse ou en un de ses replis.

Voici le tableau que nous pouvons faire si nous passons en revue les observations que nous avons trouvées et si nous considérons le siège de la tumeur péritonéale (1).

I. *Tumeurs primitives :*

Généralisées à tout le péritoine..	2 cas
Localisées au petit bassin.....	1 —
— l'épiploon.....	3 —
— mésentère.....	9 —

Les replis du péritoine sont donc le siège du néoplasme dans la grande majorité des cas de tumeurs primitives.

II. *Tumeurs secondaires :*

(1) Nous omettons volontairement les 2 observations de Lebert.

Généralisées au péritoine : 2 cas, tous les deux après tumeur maligne d'ovaire.

Localisées au petit bassin : 1 cas après tumeur d'intestin.

— péritoine diaphragmatique : 1 cas après tumeur du rein.

— à épiploon : 3.

{ 1 cas après tumeur du rein.
{ 2 cas après tumeur d'intestin.

— au mésentère : 3 cas après tumeur d'intestin.

Dans les quatre observations où le point de départ du néoplasme a été impossible à déterminer, il y a eu généralisation à toute la séreuse, sauf dans l'observation d'Henoch où l'épiploon seul était atteint.

En résumé, si nous réunissons toutes nos observations, nous trouvons :

7 cas de tumeurs généralisées du péritoine.
10 — épiploon.
15 — du mésentère.
3 — localisées en une partie du péritoine autre qu'un de ses replis.

Au point de vue macroscopique, les néoplasmes revêtent différentes formes.

Ce sont le plus souvent de véritables *tumeurs*, leur volume varie depuis celui d'une noix, d'une noisette même à celui du poing d'un adulte. Certains auteurs parlent de tumeurs qui étaient grosses comme une tête de fœtus à terme. Leur couleur est gris-rosé, leur forme variable : en général arrondies, elles peuvent être assez régulières ou au contraire bosselées ; on les voit alors formées par plusieurs nodules réunis les uns aux autres. Elles ne sont pas très dures, parfois même elles sont assez molles,

puisqu'elles ont pu cliniquement simuler la présence d'une ascite.

Dans la plupart des néoplasmes assez volumineux, certaines parties de la tumeur sont fortement infiltrées de sang, ce qui leur donne une couleur franchement rouge. Daus notre observation, la masse épiploïque avait un véritable aspect hémorragique puisqu'on pouvait la comparer à un placenta. Lorsque l'hémorragie est ancienne, la tumeur a plutôt une couleur rouillée.

Ces tumeurs dans certains cas, se ramollissent ; leurs éléments se transforment en une véritable bouillie, les parties centrales s'ulcèrent, il se produit une cavité cratériforme qui peut s'ouvrir dans l'intestin ou dans le péritoine, ou dans les deux à la fois. Il en résulte une péritonite généralisée.

Le néoplasme péritonéal revêt une seconde forme, la *forme infiltrée*. Très souvent secondaire à une tumeur de voisinage et localisée à une portion de la séreuse, il envahit presque toujours un des replis du péritoine. L'épiploon prend l'aspect d'un vaste tablier infiltré dans toute son étendue, ou est le siège de plaques de dimensions, variant de la grandeur d'une pièce de 50 cent. à celle de la main toute entière. Le mésentère souvent est atteint, il perd sa souplesse, s'épaissit. Ces plaques néoplasiques ont une consistance assez dure pour permettre la constatation de leur présence par la palpation. Par leur rétraction elles déterminent des plis radiés sur le péritoine. Le tout prend un aspect capitonné, leur surface est lisse, leur couleur gris-nacré.

Le cancer du péritoine se présente sous un troisième aspect. A l'ouverture de l'abdomen on voit de petits

nodules disséminés sur toute la séreuse, l'épiploon surtout en est garni, souvent il est seul atteint. De couleur blanc-grisâtre, assez dense, ces nodules sont gros comme des grains de chénevis ou de lin. On pourrait les confondre au premier abord avec des granulations tuberculeuses. En se réunissant, ils arriveraient à former de véritables tumeurs, mais l'évolution est trop rapide pour leur laisser le temps de se développer et de s'agglomérer.

Enfin les tumeurs péritonéales succédant aux lésions ovariennes revêtent presque toujours une *forme végétante*. Le péritoine est tapissé de noyaux brunâtres et mous du volume d'une noisette ou d'une noix.

La séreuse réagit d'une façon extrêmement variable contre ces produits morbides. A l'autopsie on peut ne pas trouver de lésions bien marquées à cause de l'atténuation inflammatoire. Au contraire dans certaines circonstances, l'inflammation péritonéale est aussi intense que dans les péritonites aiguës. Dans ce cas, la séreuse est épaissie, vascularisée, rougeâtre. En général, cette inflammation n'est pas répartie également sur tous les points et elle atteint son maximum autour des néoformations malignes.

La réaction de la séreuse ne se manifeste pas seulement par son altération inflammatoire, mais elle produit en même temps de fausses membranes et un épanchement ascitique.

Les fausses membranes se localisent autour du néoplasme ; elles déterminent l'adhérence de celui-ci avec les organes voisins et facilitent l'envahissement de ces organes par le cancer. Elles le fixent et rendent son ablation difficile sinon impossible. On ne les observe qu'exceptionnellement dans le reste de la séreuse.

L'ascite est variable. Elle peut ne pas exister. Souvent elle est en si petite quantité qu'elle n'est appréciable qu'à l'autopsie. Elle est au contraire très abondante dans certains cas.

Pour Sébileau, l'ascite est la compagne habituelle des tumeurs à surface irrégulière ; elle est exceptionnelle dans les néoplasmes à paroi lisse. Si elle est fréquente dans les tumeurs malignes, cela ne tient pas à leur malignité, mais à leur structure.

En réalité, nous croyons avec Aslanian que « la pathogénie de l'ascite est la même pour toutes les tumeurs de l'abdomen. Elle est due à l'irritation ou à l'inflammation de péritoine ; c'est la théorie qui satisfait le mieux l'esprit et qui résiste le mieux à une critique sévère. Il n'y a pas lieu de faire intervenir des conditions aussi insignifiantes que la mobilité, la vascularisation ou la rugosité de la tumeur ».

L'étude microscopique des tumeurs malignes du péritoine repose tout entière sur la connaissance de la structure intime et de l'origine embryologique de cette membrane séreuse. C'est en effet une formation mésodermique constituée par du tissu conjonctivo-vasculaire : ces tumeurs, primitives du moins, seront donc des *sarcomes*, dans le sens le plus large du mot (tumeur maligne développée aux dépens du tissu conjonctivo-vasculaire).

Nous passerons sous silence les endothéliomes. Peu connus, nous n'en avons pas trouvé d'observation chez l'enfant, ils se comportent d'ailleurs comme des tumeurs bénignes et ne sont que des trouvailles d'autopsie. Ils ne présentent aucun caractère clinique.

Les sarcomes sont les seules tumeurs primitives malignes du péritoine. Nous ne voulons pas faire à ce sujet toute l'histologie de ces néoplasmes. Nous rappellerons cependant qu'il y a deux types de sarcomes, comme il y a deux espèces de cellules dans le tissu conjonctif ; les sarcomes à cellules fusiformes plus ou moins étoilées, dérivant des cellules fixes, et les sarcomes à cellules rondes dérivant des cellules migratrices.

Les premiers, au niveau du péritoine, sont chez l'enfant de beaucoup les plus rares. L'observation la plus typique que nous rapportons, est celle de Conforti. Ils sont constitués par des cellules effilées, très allongées, présentant des prolongements extrêmement longs et des dimensions variant entre 40 et 50 ou 150 et 200 millièmes de millimètres. Ces cellules sont le plus souvent en contact assez intime ; elles se réunissent en faisceaux à directions différentes. Sur les coupes, elles se présentent si on les sectionne en travers sous forme de tourbillons et si on les sectionne en long, elles prennent l'aspect de bandes longitudinales.

Il reste en général un certain nombre de fibrilles connectives qui, unies aux prolongements des cellules, constituent la trame de la tumeur. Lorsque les cellules du sarcome fuso-cellulaire se multiplient avec une grande rapidité, elles peuvent écarter les fibres de la trame et se creuser entre elles des petits nids qui donnent à la préparation l'aspect alvéolaire (cas de Castreuil). L'aspect microscopique devient alors analogue à celui du carcinome ; l'architecture est en effet semblable puisque dans les deux cas on trouve une charpente constituée par des alvéoles dont le contenu est cellulaire, mais ce

contenu est constitué par des cellules épithéliales dans le carcinome et par des éléments d'origine mésodermique dans le sarcome.

Les sarcomes dérivés des cellules migratrices constituent les sarcomes à cellules rondes ou globo-cellulaires. Ce sont eux qui prédominent au niveau du péritoine ; ils constituent la majorité des observations que nous rapportons. Ils sont formés par des cellules beaucoup plus petites que les cellules du sarcome fuso-cellulaire. Leurs dimensions varient de 5 à 6 millièmes de millimètre pour les plus petites, jusqu'à 12 et 15 pour les plus grosses. Elles sont rondes ou polyédriques par pression réciproque. Elles sont constituées par un noyau gros et rond, avec très peu de protoplasma autour. Elles sont en amas cohérents ou en nappes diffuses ou homogènes sans réticulum, mais avec un stroma conjonctif emprunté au tissu de la région qui limite les amas cellulaires. Ce stroma n'envoie que de rares fibrilles à leur intérieur. Afin de bien montrer que ces cellules sont des cellules lymphatiques, on peut appeler ces tumeurs des lymphosarcomes.

Pour M. Malherbe, dans tous ces néoplasmes, il y aurait une trame comme dans le ganglion lymphatique, trame qui est souvent extrêmement délicate et qu'il faut savoir chercher en chassant les cellules avec le pinceau. « On aperçoit alors, dit cet auteur, un réticulum qui ne manque jamais, mais qui est d'importance et de régularité très variable. On peut trouver toutes les formes, depuis la trame à grosses travées du sarcome alvéolaire jusqu'à celle si délicate du ganglion lymphatique. Lorsqu'il y a identité avec la trame du ganglion lympha-

tique, il y a lymphadénome, mais nous avons observé toute une série de tumeurs établissant la transition entre ces différents genres de néoplasmes, que nous croyions autrefois très différents l'un de l'autre. »

En résumé, les tumeurs malignes du péritoine sont toutes des sarcomes. Les unes, sarcomes fuso-cellulaires, sont développées aux dépens de la cellule fixe du tissu conjonctif de cette séreuse ; les autres, sarcomes globo-cellulaires, dérivent de la cellule migratrice de ce tissu conjonctif. On trouve dans ce dernier groupe tous les intermédiaires entre le sarcome globo-cellulaire proprement dit et le lymphadénome typique. Beaucoup de ces tumeurs (en particulier celles qui sont généralisées à tout le péritoine et au médiastin) paraissent s'être formées dans les ganglions lymphatiques eux-mêmes qui sont si nombreux dans la région.

Le sarcome, une fois constitué, se développe aux dépens de son propre tissu ; il s'étend aux parties saines environnantes, soit de proche en proche, soit aux moyens de traînées cellulaires suivant les vaisseaux ; il constitue des colonies à distance, des métastases. Les lymphatiques semblent jouer un rôle moins important que les vaisseaux sanguins ; cependant ils ont aussi leur part dans le processus de généralisation car les ganglions se prennent assez souvent. Enfin l'ascite est encore un moyen de généralisation du néoplasme à toute la séreuse (Obs. de Donhauser). Le liquide peut contenir des cellules cancéreuses qui vont se greffer en un point du péritoine plus ou moins éloigné de la tumeur primitive.

Nous ne savons pas, d'une façon générale, pourquoi les métastases se font dans un organe plutôt que dans un

autre. Tous peuvent en être le siège. Pour ce qui concerne les tumeurs primitives du péritoine, le foie est le plus souvent atteint par les noyaux secondaires : le rein vient ensuite.

L'intestin est fréquemment pris en même temps que la séreuse : on ne peut dire dans un grand nombre de cas quel a été le siège initial du néoplasme. Cependant nous rapportons quelques observations où la lésion du tube digestif est nettement secondaire à celle du péritoine : quand la tumeur débute dans l'intestin, il y a procidence des masses néoplasiques dans la lumière intestinale allant jusqu'à l'occlusion. Quand, au contraire, l'intestin est envahi secondairement, on a toujours de l'ectasie par affaissement et destruction des tuniques musculaires (L. Concetti).

La vessie a été atteinte par voisinage. Enfin la rate, les plèvres, les ganglions du médiastin, le cœur même n'ont pas toujours été épargnés. Ces métastases ont la même structure que la tumeur primitive.

Si maintenant nous considérons les tumeurs malignes secondaires du péritoine, nous voyons qu'elles reproduisent la structure du néoplasme qui leur a donné naissance. Le sarcome prédomine encore car c'est la tumeur la plus fréquente chez l'enfant, mais on trouve encore quelques tumeurs épithéliales succédant, soit à une lésion de l'ovaire (cas de Mariage), soit à une lésion de l'intestin (cas de Duncan, squirrhe).

La tumeur péritonéale, dans ces observations peut être la seule métastase de la tumeur primitive. Parfois elle n'est qu'un des nombreux foyers consécutifs au néoplasme initial et il y a une véritable généralisation de la lésion à tout l'organisme.

ÉTUDE CLINIQUE. — SYMPTOMATOLOGIE. — FORMES CLINIQUES. — ÉVOLUTION

Nous prendrons comme type de description clinique, la tumeur généralisée à toute la séreuse péritonéale. Nous nous réservons le soin de parler plus tard des tumeurs localisées à une de ses parties ou à un de ses replis épiploon et mésentère.

Le début de l'affection est variable : dans l'observation de M. Castreuil les troubles digestifs furent les premiers à apparaître. Son malade a commencé à se plaindre de perdre l'appétit ; il avait du dégoût pour les aliments. Ses digestions étaient pénibles. Après les repas il avait une sensation de pesanteur à l'épigastre ; parfois même il vomissait ses aliments. En un mot c'est un véritable état gastrique qui marquait le début de son affection.

Dans notre observation, l'enfant s'est plaint surtout de douleurs abdominales. Les phénomènes douloureux peuvent en effet survenir dès le début. Ce sont le plus souvent des douleurs sourdes, peu intenses, siégeant dans le ventre, mais que le malade ne peut localiser d'une façon précise. Parfois il y a de véritables coliques intestinales s'accompagnant de diarrhée ou de constipation ou même des deux alternativement.

Les douleurs abdominales sont, dans certains cas, extrêmement vives avec irradiation dans le thorax. L'enfant dont M. Latronche rapporte l'observation, avait de

véritables crises pendant lesquelles il souffrait atrocement, il poussait des cris, se tordait sur son lit, mordait les draps. La respiration était haletante.

Ces crises s'accompagnent quelquefois de vomissements alimentaires.

Les troubles de voisinage sont dans quelques cas les symptômes marquant le début de l'affection. Woodman a observé chez un malade des douleurs à la miction comme symptôme primitif. Le néoplasme siégeait dans le petit bassin et adhérait intimement à la vessie.

Chez les enfants trop jeunes pour pouvoir analyser leurs sensations ou chez ceux qui sont peu surveillés par leur famille, les phénomènes objectifs sont les premiers observés. L'augmentation du volume du ventre est celui qui frappe le plus l'entourage et qui détermine les parents à venir consulter le médecin. L'abdomen grossit rapidement. En quelques jours, en quelques semaines au plus, l'enfant n'arrive plus à mettre ses vêtements. L'état général peut rester satisfaisant, le malade est gai, continue à jouer, a bon appétit : les parents ne s'inquiètent pas, mais cela dure peu ; rapidement, souvent même dès le début, l'amaigrissement se produit ; parfois on remarque un léger œdème malléolaire le soir, on note un peu de fièvre, des sueurs nocturnes. Le malade s'anémie, est apathique. Cette atteinte profonde de l'organisme est dans certains cas le seul signe de début d'une tumeur maligne du péritoine.

En résumé, les néoplasmes du péritoine se manifestent au début par des symptômes extrêmement variables. Tantôt il y a des phénomènes locaux très marqués, tantôt il y a surtout de l'amaigrissement et des troubles

d'ordre général. L'affection survient insidieusement, mais il apparaît bientôt un ensemble symptomatique suffisant pour reconnaître la maladie ou pour la laisser soupçonner, quel que soit la façon dont elle a commencé.

Lorsqu'on examine ces enfants, on est frappé immédiatement par l'augmentation de volume du ventre, le thorax est évasé, l'abdomen est gros en totalité, il est globuleux, parfois en pointe, mais ne prend pas la forme de celui des batraciens comme dans l'ascite ordinaire. La peau est amincie, lisse, tendue ; elle peut présenter des vergetures qui sont la preuve de la rapidité avec laquelle a grossi l'abdomen. L'ombilic parfois est déplissé ; dans la plupart des cas, il est absolument normal.

Sur ces téguments pâles, anémiés, se dessine nettement un réseau veineux bleuâtre, extrêmement développé. Les vaisseaux capillaires peuvent eux-mêmes être visibles. Cette dilatation veineuse est un symptôme constant qui existe, d'ailleurs dans la plupart des tumeurs abdominales, mais qui est encore plus marqué dans celles du péritoine. Nous le retrouvons dans toutes nos observations. Dans celle de Hénoch les veines du thorax étaient, elles aussi, augmentées de volume. Le réseau veineux se voit sur toute la surface de l'abdomen, contrairement à ce qui se produit dans les lésions hépatiques où les veines sont en général beaucoup plus développées du côté droit. Parfois elles sont plus visibles autour de l'ombilic.

C'est un symptôme qui est évidemment en rapport avec la tension extrême de la cavité abdominale, tension dûe à la tumeur et à l'ascite dont elle est la cause. Il en

résulte une gêne de la circulation profonde : il y a donc nécessité d'une circulation sous-cutanée supplémentaire. On a trouvé dans certains cas un noyau néoplasique comprimant le tronc même de la veine cave inférieure. Ce sont donc des phénomènes mécaniques qui paraissent à la base de ce symptôme. Toutefois, il ne faut pas oublier que les tumeurs abdominales sont le plus souvent des sarcomes et on n'ignore pas le développement que prennent les veines dans les tumeurs de ce genre, quel qu'en soit le siège.

Outre cette augmentation générale de l'abdomen, on peut voir certaines tuméfactions localisées soit sur la ligne médiane, soit dans les flancs. En général ce sont de simples voussures, peu marquées, visibles surtout à jour frisant. La mensuration est même nécessaire pour les démasquer. Dans l'observation de L. Concetti, la demi-circonférence abdominale était plus développée à droite qu'à gauche.

La palpation superficielle ne détermine aucune douleur. Les parties profondes, seules, sont sensibles. L'abdomen est ballonné, il y a souvent de l'ascite. L'épanchement est, nous le savons, extrêmement variable ; il peut être très abondant, libre dans la cavité abdominale et il donne lieu à tous les caractères cliniques de l'ascite : sensation de flot, matité en arc de cercle à concavité supérieure, se déplaçant avec les différents mouvements du malade. Il peut au contraire être cloisonné ; il est parfois en quantité si minime qu'on n'arrive à le déceler qu'en percutant doucement les flancs ; on perçoit alors un son caractéristique, hydroaérique dû à la présence du tube digestif distendu et mis en contact avec la paroi abdo-

minale, mais flottant dans une couche mince de liquide. Enfin, dans plusieurs observations, l'ascite n'avait pas été diagnostiquée pendant la vie du malade et elle fut découverte à l'autopsie.

D'ailleurs, la tumeur peut donner lieu elle-même à une sensation rappelant celle de l'épanchement intra-péritonéal. Cela est quelquefois le point de départ d'erreurs dont il faut se méfier (obs. de M. Le Vaillant).

Si on fait une ponction exploratrice, on trouve un liquide qui présente des caractères variables ; il est séreux ou hémorrhagique, ou louche et même exceptionnellement chyliforme.

Chez les enfants, l'examen cytologique a été assez rarement pratiqué dans ces ascites symptomatiques d'une tumeur péritonéale. Si l'on s'en rapporte à ce qui se passe, chez l'adulte, on peut dire que cette méthode ne fournit pas des résultats aussi précis que ceux donnés par la cytologie pleurale de Widal et Ravaut. « La contiguité de l'intestin peut sans doute venir perturber sous des influences diverses, surtout dans les périodes de digestion, la formule leucocytaire du liquide épanché dans le péritoine. » Cependant, dans un certain nombre de cas d'ascite séreuse, on a constaté la présence de placards endothéliaux ; dans d'autres, de grandes cellules vacuolaires à noyau double en voie de désintégration. Parfois aussi on a eu de la leucocytose pure. On ne trouve généralement pas de cellules néoplasiques.

Dans les ascites hémorragiques, la couleur du liquide est variable. Tantôt à peine rosé, il peut être franchement rouge et on a trouvé parfois de véritables caillots dans la cavité péritonéale. Après centrifugation, on constate

en plus des cellules épithéliales et des leucocytes, des hématies plus ou moins altérées.

On peut rapporter cette exsudation sanguine soit à une congestion trop intense qui entoure les noyaux néoplasiques, soit à une véritable pachypéritonite hémorrhagique avec rupture des vaisseaux de nouvelle formation.

Quand le liquide est opalescent, chyliforme, ce qui est tout à fait exceptionnel, il contient l'émulsion des vaisseaux chylifères, c'est-à-dire de la graisse et des lymphocytes. On explique ces épanchements par la présence d'un noyau néoplasique qui serait sur le trajet des chylifères et les comprimerait ; sinon on est amené à les considérer, de même que ceux de la plèvre, comme le produit d'une dégénérescence granulo-graisseuse des globules de pus.

L'ascite, si elle est considérable, nécessite la paracentèse. L'épanchement dans ces cas se reforme rapidement. Il en résulte une cause d'anémie profonde pour le malade, surtout si le liquide est hémorrhagique.

La palpation du ventre, outre la présence de l'ascite, nous fournit encore des renseignements sur celle de tumeurs. Dans le sarcome généralisé du péritoine que nous avons pris comme type de description, on peut sentir plusieurs nodosités disséminées dans l'abdomen ; ce sont des masses en général assez dures, irrégulières, bosselées, parfois arrondies. Elles siègent dans différents points de l'abdomen et sont nettement au-dessous de la paroi. Elles restent fixes : on les retrouve à chaque examen dans la même situation et on n'arrive pas à les mobiliser en aucun sens. Leur volume est variable. De la grosseur d'une noix, parfois, elles peuvent atteindre

celle du poing, d'une tête de fœtus même. Elles prédominent souvent d'un côté ou de l'autre du ventre, ou sur la ligne médiane. A la percussion elles sont ordinairement mates.

Nous décrirons plus tard les tumeurs localisées du mésentère ou de l'épiploon.

Dans un grand nombre de cas, la tympanite et l'ascite empêchent la palpation de ces différentes nodosités ; on ne fait que constater un abdomen très distendu, très ballonné, mais on n'a aucune sensation précise. Ce n'est qu'après la paracentèse que l'on arrive nettement sur le néoplasme. La paroi abdominale flasque, amincie, s'applique alors sur les viscères abdominaux. Les différentes tumeurs forment de véritables saillies que l'on voit distinctement, puis à mesure que le liquide se reproduit, la distension abdominale réapparaît, le ventre s'arrondit. On ne perçoit les néoplasmes que par la palpation. Enfin quand l'ascite est considérable, la palpation elle-même ne fournit plus aucun renseignement. On voit un exemple de cette évolution dans l'observation de Mariage.

C'est au niveau de ces tumeurs que la douleur est la plus vive. La douleur, comme dans la plupart des affections où elle existe, est un symptôme extrêmement variable suivant les sujets. Elle peut ne jamais apparaître. En général, il y a une sensation de pesanteur, une gêne continuelle sans localisation très nette. Elle est parfois au contraire très vive, paroxystique, dans tout le cours de la maladie. Nous avons déjà parlé de l'observation de M. Latronche, dont le sujet a eu des crises terribles dès le début de son affection. Les irradiations varient suivant les malades, et surtout suivant le siège de la lésion. La

douleur irradie à la partie supérieure du thorax, à l'épaule, dans les tumeurs de la zone épigastrique ; elle s'étend vers les lombes et les cuisses dans celles du petit bassin. Elle reste plus limitée, plus localisée dans celles de la zone mésogastrique.

En résumé, les symptômes locaux des tumeurs péritonéales sont le développement rapide de l'abdomen avec circulation veineuse sous-cutanée très dilatée, l'ascite, la présence de tumeurs siégeant au-dessous de la paroi, mates à la percussion, assez fixes dans leur situation. Des phénomènes douloureux objectifs et subjectifs peuvent s'y ajouter. Ils sont ordinairement peu marqués et ont leur maximum au niveau même de la tuméfaction.

L'état général est rapidement atteint. Au dessus de l'abdomen énorme et faisant contraste avec lui on voit le thorax de l'enfant, très amaigri, les côtes font saillie sous la peau. En quelques semaines, en quelques jours même le petit malade prend un aspect cachectique. Les traits se tirent, les pommettes sont saillantes, les arcades zygomatiques se dessinent sous la peau, le teint prend une couleur blanc jaunâtre. Le visage, les membres supérieurs et inférieurs sont décharnés, les muscles s'atrophient. La peau devient sèche et perd son élasticité normale. L'enfant est transformé en un véritable squelette, on note souvent de l'œdème des jambes s'il s'agit le plus ordinairement d'un œdème de cachexie ou de compression. La phlébite peut jouer un certain rôle dans l'apparition de ce symptôme.

Cet amaigrissement si marqué, si rapide, absolument particulier au cancer de l'enfant n'est cependant pas toujours mis en évidence par la balance. Si on pèse ces

malades toutes les semaines on trouve parfois un poids à peu près stationnaire contrairement à ce que l'on aurait pensé. Dans notre observation l'enfant pesait 13 kil. 800 à son entrée et 13 kil. 600 à sa mort. Elle avait donc maigri de 200 grammes seulement en plus de quinze jours. Cela tient évidemment au fait suivant : A mesure que la cachexie et l'amaigrissement augmentent, la tumeur abdominale et l'ascite s'élèvent dans les mêmes proportions et font compensation.

La température locale et générale est souvent au-dessus de la normale. Le malade de M. Le Vaillant a toujours eu au dessus de 38° ; à sa mort il avait près de 40°. L'enfant que nous avons observée a toujours eu de la fièvre. Cette élévation de la température n'est pas particulière au sarcome du péritoine. Verneuil avait déjà attiré l'attention sur la fièvre des néoplasmes. La plupart des tumeurs malignes de l'enfant à évolution rapide peuvent ainsi s'accompagner de température. MM. Moizard et Rabé ont observé de la fièvre dans leur cas de lymphosarcome de l'intestin, et l'un d'entre eux cite un cas de cancer du foie qui avait évolué avec hyperthermie considérable. M. Broca fait remarquer que dans les tumeurs du tube digestif, les ulcérations intestinales peuvent être l'origine d'une infection surajoutée et par suite la cause de la fièvre. Mais il ajoute que des accidents fébriles semblables avec température oscillante fort élevée peuvent accompagner pendant plusieurs semaines des ostéosarcomes des membres pour lesquels une restriction de ce genre est tout à fait inadmissible. Il cite un cas de sarcome du fémur qui s'est accompagné de fièvre au point de faire douter du diagnostic puisqu'une incision a

dû être pratiquée pour éliminer complètement l'ostéomyélite. Dans ces cas, comme dans les sarcomes du péritoine, il faut bien mettre la fièvre sur le compte de l'évolution rapide du néoplasme. La température n'affecte d'ailleurs aucun type particulier. Elle oscille entre 38° et 39° avec des variations de quelques dixièmes de degré, du soir au matin. Elle s'élève aux approches de la mort.

La dyspnée est habituelle et dépend du degré de ballonnement du ventre. L'enfant a 40, 50 respirations à la minute. C'est une dyspnée mécanique due au refoulement du diaphragme par la tumeur abdominale et l'ascite. Elle peut être augmentée par des lésions pulmonaires et pleurales dues à des infections surajoutées ou à une généralisation du néoplasme. La pleurésie surtout s'observe séreuse, hémorragique et même chyliforme.

Les troubles digestifs sont fréquents, ils peuvent marquer le début de l'affection comme nous l'avons signalé : en tout cas, car il est rare qu'ils n'apparaissent pas dans le cours de la maladie : rapidement il y a de l'anorexie, la langue est saburrale, puis devient sèche. Les digestions sont difficiles, accompagnées de nausées et de vomissement. Enfin des troubles intestinaux s'ajoutent à cet ensemble symptomatique. Il y a de la constipation, ou de la diarrhée, ou des alternatives de diarrhée et de constipation sans que l'intestin ne soit atteint par le néoplasme. A la période terminale, c'est la diarrhée qui prédomine.

L'examen du sang a été pratiqué dans plusieurs des cas que nous rapportons. Les altérations ne sont pas différentes de celles que l'on constate dans tous les sarcomes. On trouve une anémie plus ou moins intense

qui se traduit par la diminution du chiffre des globules rouges pouvant aller jusqu'à 2 millions. Par contre, il y a augmentation des globules blancs (15 à 20,000). Dans l'observation de L. Concetti, il y a diminution de la forme polynucléaire neutrophile et une augmentation proportionnelle des lymphocytes, 28 à 32 °/₀.

L'évolution de ces tumeurs péritonéales est d'une rapidité extraordinaire. Dans quelques cas, la mort est survenue deux mois et même moins après les premiers symptômes.

La durée en général varie entre 3 et 5 mois. Certains malades ont survécu un peu plus longtemps, aucun n'a dépassé une année.

La mort survient presque toujours par cachexie progressive ou par généralisation. L'évolution de la maladie est trop rapide pour qu'on ait le temps d'assister à de nombreuses complications. La pleurésie augmentant, la dyspnée peut encore accélérer la marche de l'affection. Parfois des phénomènes de péritonite aiguë due à l'envahissement de l'intestin par la tumeur et à sa perforation viennent déterminer la mort en quelques heures. Dans d'autres circonstances on voit se dérouler le tableau de l'occlusion intestinale due à la compression d'une portion du tube digestif par la tumeur. Ces accidents se produisent surtout dans les néoplasmes localisés du péritoine. Ceux-ci donnent lieu aux divers symptômes des tumeurs abdominales. Le petit malade dont Woodmann rapporte l'observation, avait une lésion du péritoine pelvien : les troubles urinaires prédominaient ; l'enfant souffrait en urinant. A la palpation on sentait une tuméfaction à l'hypogastre au-dessus du pubis. Enfin le toucher rectal

est très utile dans ces cas et permet de bien localiser la tumeur et de connaître les rapports qu'elle affecte avec les organes voisins.

Mais les replis péritonéaux, épiploon et mésentère sont de beaucoup le plus fréquemment atteints par les néoplasmes. Ceux-ci, par suite de leur siège, prennent un aspect assez particulier.

Les sarcomes de l'épiploon se présentent sous la forme d'une vaste tumeur à siège péri-ombilical : parfois ils remplissent toute la cavité abdominale. En général ces néoplasmes sont étalés en plaque et s'étendent transversalement d'un hypochondre à l'autre. Ils sont dans certains cas, assez lisses, assez réguliers; souvent, au contraire, on voit des bosselures à leur surface ; à côté des portions solides il y a des points fluctuants. C'est qu'ils peuvent présenter à côté de masses dures, des formations kystiques, de volume variable. Ils remontent généralement à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic, se terminant par un bord épais coupé brusquement. Le bord inférieur déborde l'ombilic de plusieurs travers de doigt, il est souvent tranchant, ressemblant au bord inférieur du foie.

On mobilise ces tumeurs assez facilement dans le sens horizontal et dans le sens vertical. Cependant, quand elles atteignent un grand développement, elles contractent des adhérences avec les organes voisins, et la mobilité disparaît. Elles sont superficielles : on les sent immédiatement sous la paroi abdominale qui est mobile sur elles le plus souvent.

En percutant avec soin et doucement, on remarque qu'elles sont mates sur toute leur étendue; mais cette

matité s'arrête brusquement à la partie supérieure de la tumeur pour faire place à une zone de sonorité tympanique. La ligne de matité inférieure est convexe en bas. On constate dans les flancs de la sonorité qui est due au refoulement des anses intestinales.

Ces différents signes ne sont vraiment nets que dans les cas moyens où la masse épiploïque a conservé ses rapports à peu près normaux. Quand la tumeur est très volumineuse, quand elle refoule et remonte l'estomac, quand elle descend dans le petit bassin, les caractères précédents ne conservent plus grande valeur : il en est de même à plus forte raison quand elle s'accompagne d'ascite comme il arrive très souvent.

Des troubles fonctionnels peuvent s'ajouter à tous ces symptômes physiques : ce sont des troubles gastriques dus aux rapports de la tumeur avec l'estomac : les digestions sont pénibles, ralenties, il y a parfois des vomissements.

A côté de cette forme typique, il en est d'autres plus rares : ainsi quand la tumeur est formée de noyaux qui sont appendus au grand épiploon comme des plombs dans les mailles d'un épervier (Lancereaux), on sent à la palpation de petites tumeurs superficielles, mobiles, disseminées dans tout l'abdomen.

Les tumeurs malignes du mésentère s'accompagnent elles aussi assez fréquemment de troubles fonctionnels ; elles sont parfois très douloureuses. C'est elles qui ont occasionné les crises si violentes que nous avons décrites. Des troubles digestifs viennent compléter leur symptomatologie. A l'examen clinique elles se présentent sous l'aspect de masses plus ou moins volumineuses, presque

toujours assez régulières. Elles siègent sur la ligne médiane, font saillie dans la région de l'ombilic. On les mobilise assez facilement dans le sens transversal, mais cette manœuvre est absolument impossible dans le sens vertical. En les percutant doucement, on perçoit une sonorité à leur surface. En se développant, le néoplasme refoule l'intestin devant lui ; c'est ce qui explique ce symptôme. Tillaux a appelé l'attention sur un autre signe qui manque rarement dans toutes les tumeurs de l'épiploon : c'est l'existence d'une bande de sonorité entre celles-ci et le pubis.

Les tumeurs malignes secondaires du péritoine se présentent de différentes façons. Elles peuvent évoluer cliniquement comme si elles étaient primitives. Un exemple de cette marche est l'observation de Mariage. La lésion primitive (cancer de l'ovaire) était complètement passé inaperçue et ce n'est qu'à l'autopsie qu'on la découvrit.

Dans d'autres cas, ce sont les symptômes de la tumeur primitive qui prédominent. La propagation au péritoine peut passer inaperçue pendant la vie du malade. Souvent, on la soupçonne : on sent une nodosité éloignée de la tumeur initiale déjà connue ; on assiste à l'apparition d'une ascite hémorragique. La marche de la maladie s'accélère.

Il est assez important de connaître cette propagation au péritoine. Elle est, au cas où l'opération serait discutable, presque toujours une contre-indication formelle.

DIAGNOSTIC

Si nous passons en revue les observations que nous rapportons, nous remarquons que le diagnostic n'a été posé qu'à l'autopsie, dans un grand nombre de cas. Parfois on a pensé à une tumeur maligne abdominale : généralement on a cru à la présence d'une tuberculose péritonéale, l'ouverture de l'abdomen, seule, est venue montrer de quelle nature était l'affection, quel en était le siège. Ces erreurs de diagnostic ne doivent pas nous étonner si l'on songe à la rareté du néoplasme du péritoine dans l'enfance.

En nous rappelant le tableau clinique de cette affection, nous remarquons qu'elle se présente sous deux aspects : ou bien c'est un enfant que l'on amène au médecin parce que il a un gros ventre, sans tumeur véritable, ou bien c'est un enfant qui vient avec une tumeur nettement perceptible de la région abdominale. Le diagnostic se pose d'une façon différente dans ces deux cas.

Il est facile d'éliminer le gros ventre ballonné dû aux troubles digestifs de l'enfance ou au rachitisme. Il en est de même de l'obstruction intestinale aiguë causée par une invagination, plus rarement par un volvulus : les symptômes concomitants, la rapidité de la marche de l'affection, la constipation opiniâtre, les vomissements, les contractions intestinales que l'on perçoit nettement

viennent éclairer le médecin. Il n'y a plus aucun doute, si l'enfant rend du sang par l'anus, si l'on sent une sorte de tumeur allongée en forme de boudin en un point de l'abdomen ou si l'on peut par le toucher rectal arriver sur la portion de l'intestin invaginée.

Quand l'invagination évolue plus lentement, d'une façon chronique, le doute pourrait être permis un certain temps, mais l'examen minutieux des symptômes précédents fera faire le diagnostic. Les cas où il y a véritablement difficulté sont ceux où la tumeur péritonéale venant comprimer une portion de l'intestin est la cause même de l'obstruction.

La maladie de Hirschprung évolue plus lentement encore que les deux affections précédentes. Très étudiée actuellement, elle est constituée par une dilatation primitive du gros intestin, sans retrécissement ni obstacle appréciable en aucun point. Elle survient peu après la naissance, mais elle peut apparaître plus tard (cas de Guinon et Reubsaët : enfant âgé de trois ans). Le ventre se dilate énormément et peut arriver à prendre les proportions des grandes ascites ou des grandes tumeurs de l'abdomen. La constipation est opiniâtre et même la coprostase peut donner lieu à des tumeurs pâteuses, qui gardent l'empreinte du doigt. L'accumulation des matières finit par développer une inflammation, puis l'infection de la paroi, enfin des accidents graves d'intoxication qui aboutissent parfois à une cachexie progressive et à la mort. Cependant la souplesse du ventre coïncidant avec des contractions péristaltiques sont des symptômes qui doivent faire songer à cette affection. Par des moyens médicaux on améliore beaucoup les enfants. On n'assiste pas,

comme dans une tumeur maligne, à cette évolution progressive et fatale de la maladie vers la cachexie extrême sans qu'il n'y ait aucune rémission possible.

D'ailleurs nous ne voulons pas insister davantage sur ces cas très intéressants en eux-mêmes, mais qui ne font guère songer à une tumeur péritonéale. Cependant nous rappellerons une autre cause d'obstruction intestinale signalée chez les enfants : ce sont les kystes muqueux juxta-intestinaux que MM. Terrier et Lecène ont désignés sous le nom de kystes entéroïdes. MM. Auché et Peyre en rapportent une observation, chez un nouveau-né, dans laquelle les symptômes observés furent ceux d'une obstruction intestinale. Le diagnostic chez l'enfant comme chez l'adulte est absolument impossible.

Supposons maintenant le cas où on constate chez un enfant un gros ventre avec ascite. Nous devons d'abord éliminer les fausses ascites, c'est-à-dire : le syndrôme pseudo-ascitique dont le docteur G. Allaria a parlé récemment. Cet auteur pense qu'il existe « des altérations dans le contenu de la cavité abdominale qui ressemblent cliniquement à un épanchement ». Cette ressemblance est telle que plusieurs fois on a fait une laparotomie, croyant à une péritonite tuberculeuse qui n'existait pas ; à l'ouverture de l'abdomen on ne trouvait pas trace d'épanchement. Dans ces cas, le syndrôme est dû, semble-t-il, au contenu de la cavité intestinale ; mais pour que le liquide contenu dans l'intestin soit révélé ainsi par la percussion, certaines conditions morbides sont nécessaires, conditions mal connues, il est vrai. Cependant on a constaté parfois : « un mésentère très long, avec un véritable prolapsus des anses intestinales,

qui glissaient dans les parties les plus basses de la cavité abdominale ». Ce sont là des circonstances favorisant la formation du syndrome pseudo-ascitique. Ce dernier disparaît d'ailleurs à la suite d'un traitement hygiénique général et d'un régime diététique adapté à l'âge de l'enfant, ainsi qu'à l'affection principale de l'intestin.

Lorsque la tumeur péritonéale a produit un épanchement abondant non douteux, le diagnostic se pose avec toutes les affections de l'enfance qui s'accompagnent d'ascite.

Il est facile d'éliminer les cas où l'ascite n'est qu'un symptôme faisant partie d'un syndrome complet. Il en est ainsi quand elle est dûe à une affection rénale, à une cardiopathie, il y a alors œdème généralisé, anasarque. L'auscultation du cœur, l'examen des urines viennent éclairer le clinicien.

Cependant, dans les cas de symphyse péricardique avec cirrhose tuberculeuse du foie (cirrhose cardio-tuberculeuse d'Hutinel), l'ascite peut être le premier signe de l'asystolie. Ponctionnée, elle se reproduit après quelques jours. La dyspnée, la cyanose, l'examen physique du cœur et du poumon sont là pour donner la clef du diagnostic.

Mais, dans les affections hépatiques, l'ascite est souvent le symptôme prédominant. Deux sortes de cirrhoses évoluent de cette façon : la cirrhose atrophique et la cirrhose syphilitique. Toutes les deux s'accompagnent d'un épanchement péritonéal abondant ; le ventre est très volumineux comme dans les tumeurs péritonéales, mais il est aplati, flasque : c'est le ventre dit de batracien. Le réseau veineux sous-cutané est très dilaté, mais cette dilatation prédomine dans la région sous-ombilicale et

surtout du côté droit. Après une paracentèse on ne sent pas de nodosités comme dans les cas de sarcomes du péritoine, mais on perçoit une rate volumineuse.

Dans la cirrhose atrophique le foie est petit, il n'atteint pas le rebord des fausses côtes, on retrouve le plus souvent des antécédents éthyliques, ce sont des enfants déjà d'un certain âge (4 ans au moins) à qui les parents ont donné comme boisson du vin ou des liqueurs fortes.

Dans les cirrhoses syphilitiques, on peut retrouver d'autres stigmates spécifiques : pemphigus, fissures labiales, coryza purulent, chez le nouveau-né ; lésions osseuses épiphysaires à un âge plus avancé. Chez l'enfant très jeune, le foie est gros, le bord inférieur descend parfois jusqu'à l'ombilic, jusqu'à la crête iliaque même ; chez les enfants plus âgés, le foie devient inégal, irrégulier, on assiste à une lobulation progressive de cet organe qui s'effectue en l'espace de quelques mois. A mesure que cette lobulation fait des progrès, le foie diminue de volume.

Les antécédents héréditaires du petit malade doivent aussi être pris en considération. Cependant, il faut savoir qu'un hérédo-syphilitique peut faire une tumeur péritonéale, notre malade en est la preuve. Dans ces cas embarrassants, on est autorisé à essayer le traitement mercuriel.

Il est rare, en réalité, qu'on hésite longtemps à éliminer les affections précédentes. Il n'en est pas de même pour ce qui est de la péritonite tuberculeuse. La plupart des néoplasmes du péritoine ont été confondus avec une tuberculose de cette séreuse. Et comment n'en

serait-il pas ainsi ? Si on passe en revue tous les symptômes que nous avons décrits dans les tumeurs malignes du péritoine, on les retrouve dans la tuberculose. Dans les deux cas, on est en présence d'enfants ayant un ventre volumineux, à parois lisses, tendues, dont les veines sous-cutanées forment un réseau très développé. Dans les deux cas on détermine une légère douleur à la palpation, on peut observer de l'ascite, sentir des masses, des nodosités dans l'abdomen et percevoir des petits frottements péritonéaux. Dans les deux cas enfin, il y a atteinte profonde de l'état général ; il peut y avoir de la fièvre, la température locale, elle aussi, peut être élevée. Les lésions pleurales elles-mêmes ne viennent pas à l'aide du clinicien. La pleurésie s'observe dans le sarcome comme dans la tuberculose du péritoine. Tout cela doit faire penser combien difficile, combien délicat sera le diagnostic entre ces deux affections. Aussi certains auteurs, même prévenus, examinant leur malade chaque jour, mais se basant sur le fait de la fréquence de la tuberculose par rapport au néoplasme, ont-ils fait le diagnostic de celle-là, alors qu'ils étaient en présence de celui-ci.

Cependant, si on analyse avec soin les divers symptômes, on pourra noter quelques différences qui seront d'une grande utilité.

Dans les tumeurs abdominales, le ventre peut atteindre des proportions beaucoup plus considérables que dans la tuberculose péritonéale. Les veines forment un réseau beaucoup plus développé. La douleur est moins vive, parfois n'existe pas, les frottements péritonéaux sont exceptionnels. La tumeur que l'on perçoit a des limites

beaucoup plus précises. Dans la tuberculose on voit de véritables gâteaux ; c'est plutôt, semble-t-il, une sorte d'empâtement ; dans le sarcome c'est une nodosité bien nette, plus ou moins volumineuse. L'auscultation révèle presque toujours dans la péritonite bacillaire une lésion pulmonaire, la pleurésie est plus fréquente. La température subit des oscillations très marquées, dépassant 1 degré chaque jour.

Le système ganglionnaire périphérique est toujours plus ou moins atteint dans la tuberculose péritonéale, il l'est beaucoup plus rarement dans le sarcome. L'âge du malade peut servir d'indication. Les tumeurs malignes sont plus fréquentes avant 6 ans, la péritonite tuberculeuse est rare avant cet âge : en tout cas elle n'est que la localisation prédominante d'une tuberculose généralisée qui pourra être diagnostiquée, soit par l'évolution, soit par la constatation d'une lésion de même nature.

Mais ce qui doit mettre surtout en éveil, c'est la marche de l'affection. En quelques semaines, l'enfant atteint de néoplasme arrive à un degré de cachexie extrême ; jamais la bacillose péritonéale n'évolue avec une telle rapidité. Elle subit quelquefois des temps d'arrêt, des rémissions qu'on ne voit pas se produire si on est en présence d'un sarcome.

Les procédés nouveaux pour dépister la tuberculose dans l'organisme tels que ophtalmo-réaction, cuti-réaction, intra-dermo-réaction peuvent encore être employés. Nous nous en sommes servis.

La réaction a été négative deux fois dans notre observation et l'autopsie est venue confirmer l'absence de lésions à bacilles de Kock. Cependant il faut savoir uti-

liser cette méthode avec réserve et ne lui demander que ce quelle peut donner. Une réaction positive signifie tuberculose dans l'organisme mais n'a aucune valeur localisatrice. L'absence de réaction se voit même avec une lésion bacillaire en évolution, mais très avancée. Loin de nous la pensée de dédaigner complètement cette méthode de recherche qui a une réelle valeur, qui doit être employée en cas de doute, mais nous ne lui donnerons qu'une importance relative. Elle doit, quand elle est en contradiction avec ce que l'on attend d'elle, forcer le médecin à redoubler d'attention et à rechercher la cause de cette contradiction.

Löhlein prétend que dans la tuberculose péritonéale la fosse iliaque droite est toujours sonore à la percussion tandis que la fosse iliaque gauche est toujours molle. C'est là un signe nouveau qui, au premier abord, semble difficile à expliquer.

Cet auteur conseille encore de rechercher par le toucher rectal et le palper les petites granulations tuberculeuses du cul-de-sac de Douglas. Si cette méthode peut être facilement employée, sans préjudice pour le malade, il n'en est plus de même de celle que Löhlein préconise encore : ouvrir chez la femme le cul-de-sac vaginal, introduire de longues valves permettant l'examen direct et même de prélever un lambeau de la séreuse qui sera soumis à l'examen microscopique. Nous croyons ce procédé inutile ; il est bien préférable et, en tout cas, beaucoup moins dangereux de faire une ponction exploratrice de l'abdomen L'examen cytologique ne fournira peut-être pas de grandes indications, mais l'injection du liquide au cobaye sera le moyen de diagnostic qui donne des

résultats malheureusement un peu trop tardifs mais absolument certains.

Si maintenant nous nous trouvons en présence d'un enfant qui a un gros ventre dans lequel on sent nettement une tumeur plus ou moins volumineuse, le diagnostic se pose entre toutes les tumeurs abdominales.

Il est facile d'éliminer les tumeurs de la paroi : il suffit de faire contracter les muscles droits ; une tumeur de la paroi reste visible mais est fixée. Une tumeur de l'abdomen au contraire ne se sent plus avec la même netteté, ou disparaît complètement.

Parmi les néoplasmes abdominaux de l'enfant, les plus fréquents sont ceux du rein : c'est à eux que l'on pense aussitôt quand on est en présence d'une tumeur abdominale, ils se reconnaissent assez facilement : ce sont des tumeurs volumineuses s'accompagnant parfois de troubles de la miction, plus rarement d'hématuries. Elles sont franchement abdominales mais conservent le contact lombaire. « Pour le constater il faut placer l'enfant sur le dos, couché à plat, le médecin se place sur le côté à explorer, mettant en arrière la main qui correspond à la tête de l'enfant, et en avant celle qui correspond à ses pieds. La pulpe des doigts de la main postérieure est insinuée dans l'angle que forment la dernière côte et la masse sacro-lombaire ; la main antérieure est appuyée au-dessous des côtes sur le bord externe du muscle droit. Dans cette position on sent très bien que les mouvements imprimés à la tumeur sont transmis en masse d'une main à l'autre ». Il n'y a pas à proprement parler ballottement renal : la tumeur est trop volumineuse, on constate plutôt une transmission en masse.

A la percussion ces tumeurs sont mates, mais il faut

rechercher deux zones de sonorité : l'une antérieure qui marque sur le devant de la tumeur la place occupée par le colon, l'autre, supérieure, qui sépare la matité de la tumeur avec la matité hépatique.

C'est cette zone de sonorité qui différencie les tumeurs rénales de celles du foie. Toute tumeur de l'hypochondre droit et même de la partie supérieure de l'abdomen, mate à la percussion, doit être considérée comme dépendant de la glande hépatique si cette matité se continue avec celle de cet organe. D'ailleurs, contrairement aux tumeurs rénales, elles ont rarement le contact lombaire.

Il en est de même des tumeurs spléniques. Siégeant dans l'hypochondre gauche, elles prennent la forme d'un gâteau allongé sur le bord antérieur duquel on sent une forte échancrure. Enfin l'examen du sang montre, très souvent, dans les lésions de la rate, des altérations qui ne laissent guère de doute sur le diagnostic.

Dans le sexe féminin, si la tumeur est sous-ombilicale et plonge plus ou moins dans le petit bassin, c'est à un néoplasme des organes génitaux qu'il faut penser. Par le toucher rectal, on peut généralement préciser les rapports du néoplasme avec l'utérus et les ovaires. Souvent une métrorragie viendra confirmer le diagnostic.

On peut trouver dans l'enfance un néoplasme de la vessie ; mais les tumeurs de cet organe sont d'un volume moins considérable en général que celles du péritoine ; elles s'accompagnent toujours d'hématuries redoutables.

On hésitera parfois entre le diagnostic de tumeur péritonéale et celui de tumeur de l'intestin.

L'erreur a été commise plusieurs fois. Reboule, dans sa thèse, en cite deux observations :

Obs. de Debrunner, thèse de Zurich, 1883 (in thèse Reboule, 1904-1905). — Garçon de 5 ans, douleurs abdominales depuis 3 semaines, alité depuis 14 jours. Alternatives de diarrhée et de constipation. Accroissement lent de l'abdomen depuis trois semaines.

Etat actuel. Enfant pâle, anémié, amaigri : lèvres et conjonctives décolorées. Le degré extrême de l'amaigrissement fait un contraste singulier avec la tuméfaction de l'abdomen. Celle-ci est inégale. Le point le plus proéminent est situé sur la ligne blanche, un peu au-dessus de l'ombilic. Il existe une seconde voussure dans la région cœcale et une troisième dans l'hypochondre gauche. A la palpation on voit trois tumeurs distinctes : la première située à droite de l'ombilic est de consistance ferme, non adhérente à la paroi, unie et lisse. A la palpation profonde on croit percevoir d'autres tumeurs à caractères identiques dans son voisinage. La seconde tumeur est dans la région cœcale et la troisième dans l'hypochondre gauche. Lorsqu'on déprime profondément la paroi on arrive à découvrir d'autres tumeurs lisses semblables aux précédentes, mais plus petites et fuyant sous le doigt.

Matité au niveau des tumeurs. Tympanisme dans l'intervalle.

Diagnostic : *Tumeurs sarcomateuses multiples du péritoine.* — L'amaigrissement fit des progrès rapides, une diarrhée, de violentes coliques s'installèrent, 10 à 12 selles par jour. Léger œdème des pieds. Mort le 21 juillet.

Autopsie. — Néoplasme primitif du colon transverse. Participation secondaire de l'épiploon, nombreuses adhérences péritonitiques, Pas la moindre métastase sarcomateuse

Une erreur du même genre a été commise dans l'observation suivante :

Obs. de Van Zwalenburg. Sarcoma of the intestin with a table of fiften case resection. *Journal of the American medical association*, volume XXXVI, 1701, p 6171 (in these Reboule). — Garçon de 5 ans. Grand-mère morte de carcinome utérin à un

âge très avancé. Mère de son grand-père morte de cancer de l'estomac.

Le 1er juin 1899, l'enfant fit une chute et se contusionna l'abdomen. Au milieu de juin, l'enfant commença à vomir, à souffrir du ventre et son état général devint très mauvais. Vers le milieu de juillet, Zwalenburg découvrit un nodule dans le ventre à égale distance de l'appendice xyphoïde et de l'ombilic. Le nodule était dur, facile à mobiliser dans tous les sens. Vers le 15 septembre, ce nodule avait beaucoup grossi et atteignait le volume d'un œuf de poule. A ce moment la tumeur se fixa dans l'hypochondre gauche et détermina une crise d'obstruction intestinale.

Par des manœuvres douces, Zwalenburg réussit à mobiliser la tumeur et l'obstruction disparut. Il fit à ce moment le diagnostic de tumeur abdominale et probablement de *sarcome de l'épiploon*.

Opération le 18 courant, on trouve une tumeur de l'intestin grêle.

Dans ces cas, on avait porté le diagnostic de sarcome du péritoine et on était en présence de néoplasme de l'intestin. L'erreur est d'autant plus facile à commettre que le plus souvent ces deux lésions se compliquent mutuellement. Cependant les troubles digestifs sont plus marqués et sont surtout plus précoces dans les tumeurs malignes de l'intestin. Il peut y avoir du sang dans les selles et si on le recherchait, par la méthode de Weber, comme chez l'adulte, on le retrouverait probablement dans tous les cas. Enfin l'ascite est très rare : c'est un fait si exceptionnel que Reboule n'en cite qu'une observation.

Nous n'insisterons pas sur les néoplasmes du pancréas. Extrêmement rares dans l'enfance, ils ne sont presque jamais reconnus pendant la vie du malade. L'ictère chronique, l'examen chimique des selles pourraient peut-être donner quelques indications.

Les tumeurs des ganglions rétro-péritonéaux sont en-

core la source d'erreurs de diagnostic. Dans la grande majorité des cas, elles se développent profondément le long de la colonne vertébrale : elle sont molles, presque fluctuantes ou bien à côté de parties dures, elles en présentent d'autres qui sont kystiques. Elles forment des masses volumineuses en général multiples, sonores à la percussion. Elles sont, en effet, toujours situées derrière la masse intestinale. Cependant l'intestin est parfois collé contre la paroi antérieure de l'abdomen et est complètement vide. Aussi peut-on rencontrer de la matité à leur niveau, comme l'a montré M. Mérand.

Si on a éliminé successivement le néoplasme de ces différents organes, on se trouve sûrement en présence d'une tumeur du péritoine. Il suffit de se rappeler les signes que nous avons décrits, pour localiser la lésion d'une façon plus précise. Toutefois les symptômes que nous avons donnés n'ont rien de pathognomonique. Le malade de M. Latronche que M. Princeteau a opéré, avait un sarcome du mésentère et cependant l'auteur insiste beaucoup sur le fait que la tumeur était mate à la percussion. On peut expliquer ce phénomène de la même manière que la matité dans les sarcomes rétro-péritonéaux.

Toute tumeur péritonéale n'est pas chez l'enfant toujours une tumeur maligne. On rencontre aussi des tumeurs solides et bénignes : lipomes ; on trouve surtout des kystes. Ils siègent le plus souvent dans le mésentère. D'après Moynihan on peut les classer de la façon suivante : 1° kystes séreux ; 2° chyleux ; 3° hydatiques ; 4° hématiques ; 5° dermoïdes. Ils présentent l'aspect clinique des tumeurs mésentériques.

Tügendreich récemment, à propos d'un chylangiome du mésentère chez un enfant de 4 semaines, en a réuni 18 cas publiés antérieurement. Ils se terminent fréquemment par la mort mais ne s'accompagnent pas de la cachexie si particulière aux tumeurs malignes.

Si on est véritablement en présence d'une tumeur maligne primitive du péritoine, il s'agit d'un sarcome. Il est difficile de dire si c'est un fibro-sarcome ou un lympho-sarcome. On doit savoir en outre que l'on peut rencontrer des lymphadénomes localisés aux ganglions mésentériques. Il est classique de citer comme exemple le malade de Gilbert. Il est rare dans ces cas que l'on ne trouve pas des altérations de la rate qui est en général assez volumineuse. Le sang subit souvent des modifications qualitatives assez importantes.

Il nous reste maintenant à parler des tumeurs malignes secondaires du péritoine ; mais nous avons déjà montré que dans un grand nombre de cas leur diagnostic est absolument impossible. On les soupçonne quand dans le cours de l'évolution d'un néoplasme abdominal, on voit se produire une ascite ; ou bien on perçoit une tumeur secondaire plus ou moins éloignée de la lésion initiale.

TRAITEMENT

Nous ne connaissons à l'heure actuelle aucun traitement efficace contre les tumeurs malignes du péritoine. Lorsque le néoplasme est localisé au mésentère ou à l'épiploon on peut songer à l'extirpation chirurgicale : Elle a été tentée dans quelques cas, mais l'opération, quand elle a été décidée, s'est réduite trop souvent à une laparotomie exploratrice. Le chirurgien a dû s'arrêter devant l'étendue et le volume du néoplasme, devant ses adhérences multiples. Cependant Heinricius (obs. VIII) a pu enlever une tumeur de l'épiploon après l'avoir morcelée. Cette opération, faite le 17 mars 1897, a été suivie de récidive très rapidement et son malade mourait le 3 août de la même année. C'est le cas le plus favorable que nous rapportons parmi ceux pour lesquels on a tenté une opération. Les autres se sont terminés par une mort immédiate.

On doit donc se borner à un traitement médical purement symptomatique. On ne fera une laparotomie exploratrice qu'en cas de doute et on n'essaiera l'extirpation totale qu'au cas où la tumeur est petite et facile à enlever.

OBSERVATIONS

§ 1. — Observations de tumeurs malignes primitives du péritoine.

Obs. I. — *Traité des maladies cancéreuses.*

Lebert. Paris, 1851, p. 590 (Observation communiquée par M. Vernois dans les Archives manuscrites de la Société médicale d'observations.

Enfant de 18 mois, ayant un cancer colloïde de presque tout le péritoine, ayant envahi une grande portion des organes contenus dans l'abdomen.

Obs. II. — Lebert (*ibid*).

Fœtus de 4 mois provenant d'une femme qui avait succombé à une infection cancéreuse des plus avancées et des plus étendues. La cavité abdominale de ce fœtus était fortement distendue par une bouillie grisâtre gélatiniforme, tremblottante, ressemblant à du tissu colloïde. La pièce étant perdue, M. Lebert ne peut en faire un examen plus approfondi.

Obs. III. — *Sarcome abdominal généralisé.*

M. Castueil, interne, in *Marseille médical*, p. 613, 1893. Communication faite au Comité médical.

Le sarcome que nous avons l'honneur de vous présenter provient

d'un enfant de 14 ans. L..., décédé le 5 juillet dans le service du professeur Layet.

Il n'y a jamais eu de tumeurs malignes connues parmi les antécédents.

Son père était hystéro-épileptique. Deux oncles maternels sont enfermés dans un asile d'aliénés.

Lui-même n'avait jamais été malade jusqu'ici.

Les premiers symptômes qui remontent au mois de février, ont été des troubles digestifs : perte de l'appétit, dégoût, sensation de pesanteur à l'épigastre, vomissements. Peu à peu son ventre augmente de volume, on y sent déjà de petites tumeurs. Les jambes s'œdématient, survient un amaigrissement considérable. Enfin, le 20 juin il quitte La..., son pays natal, et entre à l'Hôtel-Dieu, salle Aillaud, nº 5.

A ce moment, la cachexie est très avancée. Le faciès est simiesque, l'amaigrissement profond, il n'y a pas de température. L'abdomen, énorme de 1 m. 15 de pourtour, a refoulé les organes thoraciques et la dyspnée est extrême. Les veines cutanées abdominales, même capillaires sont considérablement dilatées. Les lombes et l'ombilic sont saillants en dehors. A la palpation on sent, surtout après l'évacuation, de l'ascite de très gros noyaux durs, disséminés partout, mais surtout du côté droit. Tout l'abdomen est mat, surtout dans la région stomacale. Le foie semble descendre presque jusque dans la fosse iliaque, la vessie semble pleine et distendue (l'autopsie démontra plus tard que ces espaces étaient occupés, en réalité, par la tumeur ; le foie était caché sous l'appendice xyphoïde, la vessie vide s'appuyait sur la symphyse pubienne).

Très peu d'ascite ; de l'œdème des jambes et du scrotum. Les poumons sont absolument sains.

Le pouls est plein et dur. Au tracé, la ligne d'ascension est brusque, sans crochet terminal.

La constipation est habituelle. Dans les derniers jours cependant vomissements et diarrhée.

Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre. Elles renferment 7 gr. d'urée par litre et le malade urine 1,800 gr. par jour.

Pendant les 15 jours de séjour à l'hôpital, l'état du malade n'a

fait que s'aggraver. Les potions de Millard et de Todd bien supportées, n'ont amené aucune amélioration. Deux fois la ponction, a été faite. Le liquide n'a jamais été hémorragique, il renfermait quelques globules blancs et rouges.

L'enfant meurt le 5 juillet.

Autopsie. — 11 heures après la mort. Incision cruciale. Un litre environ de liquide séreux s'échappe de la cavité abdominale. Tout l'abdomen est envahi par des masses énormes, d'aspect sarcomateux, plus nombreuses à droite. Le péritoine en est couvert. Elles varient depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle de la tête d'un fœtus à terme. On n'aperçoit que la vessie chassée du petit bassin et refoulée au-dessus du pubis, une partie du colon transverse et la partie inférieure du foie cachée sous l'appendice xyphoïde.

L'ombilic est coiffé d'un gros noyau.

Au niveau des deux orifices de ponction, la dégénérescence sarcomateuse commence à se montrer.

Le foie pèse 1,450 gr. Il ne renferme que cinq noyaux secondaires. La veine-porte est comprimée par la tumeur. La rate pèse 180 gr. Elle est entourée de noyaux qui n'intéressent pas sa substance.

Le rein gauche, 140 gr., est sain. Le droit, 160 gr., a sa substance corticale dégénérée.

L'estomac, entouré de granulations, est sain.

L'intestin grêle et le gros intestin sont indemnes ainsi que le rectum.

La vessie a été chassée du petit bassin par un gros bloc sarcomateux qui l'occupe tout entier. C'est là que semble avoir été le point de départ de la généralisation. Cette partie de tumeur est certainement plus ancienne, car à la coupe elle laisse s'écouler un léger suc que nous n'avons pas trouvé dans les autres noyaux. Dans ce cas, il ne serait pas impossible que les vésicules séminales dont nous n'avons pu trouver nulle part trace aient été les premières atteintes.

Les poumons et le cœur sont sains. Pas de ganglions péribronchiques, ni sus-claviculaires. A peine quelques petits aux aines.

L'examen histologique de la tumeur a été fait par le Dr Nepveu qui a porté le diagnostic de sarcome alvéolaire.

Obs. IV (personnelle). — *Sarcome à petites cellules du péritoine.*

Gabrielle P..., âgée de 4 ans 1/2. Entrée le 3 novembre 1908, à l'hôpital Bretonneau, dans le service de M. le Dr Guinon.

Son père est bien portant. Sa mère a eu la syphilis il y a 5 ans. Ses premiers accidents eurent donc lieu au moment où elle était enceinte de notre petite malade. Elle a une autre enfant de 9 mois qui est vivante et bien portante.

Notre malade est née à terme le 11 juillet 1904. A eu la varicelle l'année dernière, puis la rougeole et enfin la coqueluche. Sa maladie actuelle ne remonte pas très loin. Depuis une dizaine de jours seulement, l'enfant se plaint de douleurs vagues dans le ventre. Le soir elle a de la fièvre, la nuit elle dort mal. Son caractère a changé ; elle est maussade, grognon Les troubles digestifs sont survenus : elle a une diarrhée assez abondante (dix selles parfois dans la journée), pas de vomissements. La mère, ayant remarqué que depuis quelques jours le ventre de l'enfant a augmenté de volume dans des proportions considérables, l'amène à l'hôpital à cause de ces différents troubles.

Examen le 4 novembre. — L'enfant a conservé un assez bon aspect général, mais on est frappé en la découvrant, par la distension de son abdomen. Les veines sous-cutanées sont extrêmement dilatées et forment un véritable réseau bleuâtre, qui tranche nettement sur la blancheur des téguments. A la palpation on ne provoque pas de douleurs très vives. Dans le flanc gauche on sent des masses arrondies, dures. Il est difficile de savoir s'il s'agit de véritables néoformations ou de scybales. Sur la ligne médiane on perçoit une tuméfaction dont les contours sont mal délimités : elle est dense, très irrégulière, semble immédiatement au-dessous de la paroi abdominale. A la percussion on trouve de la submatité à son niveau. Les flancs sont sonores.

Le bord inférieur du foie descend à trois centimètres environ

au-dessous du rebord des fausses côtes, il est mousse, de consistance et de forme normales.

L'enfant est légèrement oppressée (38 mouv. respiratoires par minute). On ne trouve à l'auscultation que quelques râles disséminés dans les deux poumons.

Bruits du cœur normaux.

La langue présente des plaques de desquamation en aires. L'appétit est assez bien conservé.

On ne trouve aucun stygmate de syphilis héréditaire. Quelques ganglions dans les aines et les aisselles, petits, durs, roulant sous le doigt. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

On pense à une péritonite tuberculeuse et on fait des frictions à l'onguent gris sur le ventre.

6 novembre 1908. — Le ventre augmente rapidement de volume ; il semble qu'il y ait un peu d'ascite. On note à la percussion des zones de matité et de tympanisme.

Bronchite généralisée prédominant aux deux bases.

La température est aux environs de 38°.

On cesse les frictions à l'onguent gris à cause d'un erythème mercuriel.

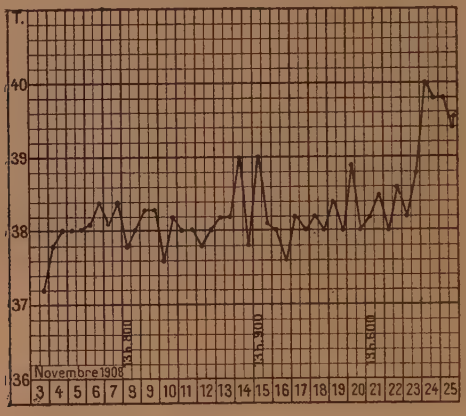
10. — Le ventre grossit dans de notables proportions. La circulation collatérale se développe de plus en plus. On sent toujours la tuméfaction située sur la ligne médiane. Les tumeurs de la fosse iliaque gauche ont disparu. L'enfant s'amaigrit, les os malaires font saillie sous la peau, les traits sont tirés. L'appétit diminue, la fièvre se maintient un peu au-dessus de la normale (38-38° 4). Cutiréaction à la tuberculine négative.

18. — On est frappé par l'atteinte extrême de l'état général. L'amaigrissement est considérable, l'enfant est arrivé au dernier degré de la cachexie. Cependant le poids reste stationnaire (13 kil. 800 le 6 novembre, 13 kil. 900 aujourd'hui). A mesure que l'amaigrissement augmente, le volume du ventre s'accroît : les jambes, le thorax, la face avec leur état squelettique forment un contraste frappant avec l'abdomen distendu, énorme. Cette distension même gêne la palpation et on ne peut plus sentir la tuméfaction si nettement perçue il y a quelques jours. Il est difficile de dire s'il y a beaucoup de

liquide dans le péritoine. Il semble cependant qu'il y ait un peu d'ascite mais beaucoup moins qu'on ne serait tenté de le croire en voyant le volume du veutre.

La température reste élevée, le thermomètre a monté à 39° les 14 et 15 novembre.

Une seconde cutiréaction à la tuberculose a été encore négative.



En présence de la marche rapide de l'affection, de l'absence de cutiréaction on hésite sur la nature tuberculeuse de la péritonite.

On pense, en raison des antécédents maternels, à une lésion hépatique syphilitique. On décide de faire le traitement (injection de biiodure 0,005 mil. par jour).

Le *24*. — Le traitement mercuriel n'a produit aucune amélioration. La cachexie est de plus en plus marquée. L'abdomen est encore plus tendu. On peut sentir le bord inférieur du foie à 4 travers de doigt au dessous du rebord des fausses côtes.

La rate ne parait pas augmentée de volume. On ne peut sentir aucune tumeur abdominale. Il y a de la diarrhée. Les selles surviennent aussitôt après la prise des aliments : c'est une véritable lientérie. A l'auscultation du poumon on note de la faiblesse du murmure vésiculaire à droite avec un peu de submatité. Pas d'égophonie, ni de souffle. Il semble qu'il y ait un peu d'épanchement.

De plus en plus on s'éloigne du diagnostic primitif : tuberculose

péritonéale. On émet l'hypothèse de tumeur abdominale, à cause de la rapidité de la marche de l'affection. Il est difficile de préciser d'avantage :

Mort le 25 novembre.

Autopsie le *27 novembre.* — A 11 heures du matin, 37 heures après la mort de la malade.

A l'ouverture de l'abdomen il s'échappe un liquide sanguinolent. Le péritoine et le grand épiploon se présentent sous la forme d'une masse charnue, bosselée, marbrée de plaques hémorrhagiques. Le foie qui déborde considérablement le rebord des fausses côtes se présente au contraire avec un aspect lisse et tout à fait décoloré comme le foie graisseux.

L'épiploon est très épaissi, infiltré de noyaux durs et gros comme des noix qui correspondent aux masses dures signalées pendant la vie. On ne saurait mieux comparer l'aspect de cette masse qu'à celui d'un placenta, dont elle a la friabilité. Le bord supérieur de l'épiploon se limite nettement par une masse dure, comme sarcomateuse, dans laquelle l'estomac se trouve incrusté. Le mésentère est également infiltré dans toute son épaisseur. Quand on soulève l'intestin tout le péritoine pariétal apparait avec le même aspect.

Les franges épiploïdes du gros intestin sont également infiltrées et dans les parties les plus déclives, on trouve un liquide sanguinolent. La lésion a envahi le diaphragme. Les plèvres diaphragmatiques surtout sont aussi atteintes. Toute la chaîne ganglionnaire médiastinale péricardique est envahie.

Le plastron sternal est doublé d'une légère infiltration commençante qui semble être le début d'une infiltration analogue à celle de lymphosarcome du médiastin. Toutes les chaînes ganglionnaires du hile, du foie, du pylore sont envahies.

Dans la plèvre droite on trouve 2 à 300 gr. de liquide louche. La base droite du poumon est légèrement congestionnée. Elle surnage cependant.

Le rein droit pèse 55 gr., le gauche 50. Il n'y a pas de noyaux néoplasiques.

La rate n'a pas augmenté de volume.

Le foie pèse 720 gr.

Le cœur est normal.

Au microscope, l'examen histologique d'un fragment prélevé au niveau des masses péritonéales montre que la tumeur est formée par de petites cellules rondes, régulières, à peu près égales, disposées au sein d'une masse vaguement fibrilleuse, mais sans qu'on puisse mettre en évidence de struma réticulé comme dans les tumeurs adénoïdes. La coupe montre un nombre assez considérable de vaisseaux sanguins, les uns avec une paroi endothéliale, les autres sans paroi, la lumière étant limitée par les cellules sarcomateuses. En certains points, la coupe montre de petits foyers hémorrhagiques, en d'autres, les éléments cellulaires sont en dégénérescence et ne prennent pas les colorants.

L'examen microscopique n'avait montré aucun noyau dans les différents viscères. L'examen microscopique n'en montre pas davantage, mais au niveau du rein on note une infiltration diffuse du tissu conjonctif interstitiel par des cellules de tous points analogues aux cellules des masses péritonéales.

Obs. V. — *Lympho-sarcome du grand épiploon.*

Widerhofer in Gerhard. *Handbuch der Kinderkrankheiten* 1880, IV. Band., p. 446.

Enfant de deux ans qui avait souffert assez souvent de catarrhe bronchique et intestinal avant son entrée à l'hôpital.

Depuis 6 semaines, l'abdomen s'est tuméfié et depuis 5 semaines, le scrotum a grossi à gauche. Depuis huit jours, l'enfant a pâli beaucoup. Son ventre a considérablement augmenté et de fortes douleurs abdominales sont apparues. Il y a de la constipation. Les selles sont parfois un peu décolorées et une seule fois il y a eu des vomissements.

A l'examen, le teint et l'aspect de la peau révélaient une anémie et une cachexie accentuées. Le ventre est fortement tendu. On a facilement la sensation de flot. Dans les flancs on constate de la matité variable avec les différentes positions du malade. L'ombilic n'est pas déplissé. On ne peut sentir à la palpation ni tumeur, ni même partie résistante pouvant faire songer à une néoformation.

Le bord supérieur du foie remonte à la 4e côte. Le bord inférieur ne dépasse pas le bord inférieur des fausses côtes. A gauche, le foie s'étend jusqu'à la ligne parasternale. On ne peut percuter la rate. La moitié gauche du scrotum a le volume d'un œuf de canard. On sent des petites tumeurs comme des lentilles sur le cordon spermatique gauche avec épanchement sanguin dans la peau du scrotum. On peut remarquer sur la partie droite du thorax des taches hémorrhagiques sur lesquelles la mère ne peut donner aucune indication. A l'examen du sang, le nombre des hématies est beaucoup diminué. Celui des leucocytes n'est pas augmenté.

Poumon et cœur normaux.

L'enfant mourut 15 jours après son entrée à l'hôpital, sans avoir présenté d'autres phénomènes intéressants à signaler.

Autopsie faite par le Dr Schweilder. Le corps est amaigri, la peau a une pâleur de cire. Lésions de rachitisme sur le squelette. L'abdomen est distendu, fluctuant. Les ganglions inguinaux sont gros comme des noisettes avelines et des noix. Le scrotum, de couleur bleu-rougeâtre est transformé en une tumeur grosse comme le poing d'un adulte et d'une dureté osseuse. Dans la cavité abdominale, on trouve plus de quatre litres de liquide hémorrhagique avec caillots énormes. Le grand épiploon est dégénéré en une masse végétante et villeuse avec des tumeurs glandulaires. Dans un point du jéjunum on trouvait beaucoup de tumeurs, la plus grosse du volume d'une pomme, pédiculée. Les ganglions du plexus lombaire (hypogastrique), les ganglions inguinaux profonds, les ganglions du médiastin, surtout ceux du médiastin antérieur sont dégénérés en tumeur dont la grosseur varie de celle d'une noisette à celle d'un œuf de pigeon. Le diaphragme est envahi par le néoplasme. A sa face supérieure, surtout au niveau de l'insertion du péricarde, se trouvent plusieurs tumeurs très grosses. Le long du canal inguinal gauche est une tumeur grosse comme une datte. La vaginale de ce côté est remplie d'un liquide hémorrhagique, formant la tumeur dure dont nous avons parlé plus haut. Au fond est le testicule avec son épididyme.

Toutes ces masses végétantes étaient formées d'une substance blanche encéphaloïde, diffluente, qui infiltraient aussi des parties

de la musculature de la poitrine et de l'abdomen, le tissu cellulaire du médiastin et la cavité rétro-péritonéale.

Les poumons sont affaissés, anémiés. Le myocarde est pâle, de même que la masse intestinale.

L'auteur ne peut dire si le développement de la tumeur a été primitivement dans les ganglions lymphatiques ou dans le grand épiploon.

Obs. VI. — *Sarcome du grand épiploon.*

Conforti. *Centralblatt für allgemeine pathol. und pathologische Anatomie*, 1906, p. 816, in Bonamy, th. Paris, 1906-1907.

L. R.... petite fille de 9 ans dont je n'ai pas suivi moi-même la maladie. Opérée le 8 octobre 1905, morte pendant l'opération.

A l'autopsie, on trouve le grand épiploon transformé en une tumeur gris-rouge qui s'attache à la grande courbure de l'estomac et au colon transverse, comprimant le ligament hépato-duodénal et la veine-porte. En bas, elle s'étendait jusqu'au petit bassin et comprimait la vessie. Il y avait de petits noyaux néoplasiques disséminés sur le mésentère et la séreuse pariétale.

Il y avait également des métastases dans le foie et du côté gauche, dans la plèvre costale.

Le grand épiploon pesait 1,800 gr. Sa partie centrale et supérieure se divisait en deux grosses masses ayant dans leurs divers diamètres l'une 2 cent. 9 et 7 cent , l'autre 12 cent. 7 et 8 cent. Le tissu de la coupe est à la coupe gris-rouge, de consistance assez ferme. En plusieurs endroits se trouvent des points hémorrhagiques et nécrosés.

Le tissu de la tumeur est composé de petites cellules fusiformes, agencées dans tous les sens Dans la périphérie de la tumeur, les petits noyaux néoplasiques ont le caractère de sarcome péri-vasculaire. Les parois des vaisseaux sont formés par les cellules de la tumeur.

Obs. VI. — *Sarcome primitif de l'épiploon.*

Professeur G. Heinricius, de Helsingfors (Finlande). — *Centralblatt für Chirurgie*, 1898, t. 25, p. 609 (traduction inédite).

Fille de 5 ans, admise à la clinique gynécologique le 14 mars 1897.

La mère raconte que son enfant était très bien portante jusqu'en février 1897 : elle se plaignait seulement de quelques douleurs vagues dans le ventre quand elle faisait des mouvements. Au mois de février, son ventre commence à grossir. Pas de vomissements. Les selles, les urines sont normales. On ne trouve dans les antécédents aucune prédisposition à la formation d'une tumeur. Le père a depuis quelque temps un éczéma généralisé.

Etat actuel. — L'enfant a un bon aspect général, elle est bien développée pour son âge. Dans l'abdomen, on sent une tumeur dure, mobile, du volume d'une petite tête d'adulte. Cette tumeur s'étend en hauteur de deux travers de doigt au-dessus du pubis à l'appendice xyphoïde et en largeur d'une épine iliaque à l'autre. A la percussion, elle est mate sur toute son étendue. Les veines sous-cutanées abdominales sont très développées. Au toucher rectal, on ne peut constater aucune communication entre cette tumeur et l'utérus. Les urines, les selles sont normales, il n'y a aucune lésion au poumon, ni au cœur.

Diagnostic : Tumeur abdominale d'origine inconnue.

Laparotomie le 17 mars 1897. — On fait une incision médiane partant de 0,07 cm. au-dessus de l'ombilic, allant jusqu'à 0,07 au-dessous. On arrive sur une tumeur située juste au-dessous du péritoine, occupant le grand épiploon, presque en entier. Cette tumeur est de consistance molle, de couleur rougeâtre. On ne peut l'enlever en entier : il faut la morceler pour l'extirper. Les intestins situés au-dessous d'elles paraissent sains. Ligature de l'épiploon au catgut. Nettoyage de la cavité abdominale. A noter une extrême dilatation des vaisseaux de l'épiploon.

L'examen microscopique de la tumeur montre qu'elle est formée par un sarcome assez riche en cellules rondes et en cellules fusiformes.

La malade s'améliore après l'opération. L'appétit est excellent, l'état général satisfaisant, L'enfant sort de l'hôpital vers la moitié du mois d'avril.

Dans les premiers jours de mai, elle commence à se plaindre du ventre. En juin, aggravation considérable : elle a de la diarrhée. L'appétit est diminué. Insomnie. Douleurs abdominales. On sent à la palpation plusieurs tuméfactions arrondies. Un médecin la

voit : la cicatrice abdominale est en bon état, le ventre est tendu (ascite), sensible à la pression, surtout à gauche au niveau du rebord costal. On sent de ce côté plusieurs tumeurs arrondies.

Le 17 juillet, j'ai eu l'occasion d'examiner la malade. Elle était très amaigrie, aspect cachectique ; elle ne peut marcher, ni se tenir debout. Le ventre est fortement augmenté de volume. La circonférence abdominale au niveau de l'ombilic est de 0,53 cm. Il y a de l'ascite et on peut sentir plusieurs noyaux de volume inégal.

L'enfant meurt le 3 août. A l'autopsie, on constate que la tumeur a récidivé au niveau de la portion de l'épiploon qui restait. Le reste du péritoine est libre. Il y a peu de liquide.

Au microscope : sarcome à petites cellules rondes, placés les unes contre les autres.

Obs. VIII. — *Carcinome médullaire du péritoine*

Woodmann, *the Lancet*, 21 juillet 1877, p. 87. — Observation prise par le Docteur Greenwood. (Traduction inédite).

Georges B..., âgé de 5 ans. Admis au North-Easten Hospital for Children, le 14 mai 1877.

La mère amène son enfant parce qu'il urine fréquemment et a des douleurs dans la région vésicale au moment de la miction. Elle s'est aperçue que la partie inférieure du ventre augmentait de volume. Ces symptômes sont apparus quatorze jours avant l'arrivée du malade et ont commencé par la douleur à la miction. A l'examen on remarque une masse à bords irréguliers occupant toute la région hypogastrique et atteignant les régions inguinales droite et gauche. Il semble y avoir aussi une masse plus petite dans la région ombilicale. Ces tumeurs ne paraissent pas adhérentes aux viscères de la région. Les veines sous-cutanées abdominales sont dilatées. La palpation du ventre est douloureuse et donne une sensation de fluctuation profonde. L'état général n'est pas très mauvais. Pas de ganglions dans les aines. Urines normales. Le

lendemain de l'entrée du malade à l'hôpital la température monte à 101° Farenheit mais la semaine suivante elle revient à la normale. L'état général est meilleur mais la douleur à la miction persiste, irradiant à l'ombilic et augmentant au moment des accès de toux.

Le 23 mai, 9 jours après l'entrée du malade à l'hôpital, apparaissent des vomissements. Les douleurs abdominales sont plus violentes. La température monte à 102° Farenheit, mais retombe à 98°.

Le 24 mai, météorisme abdominal. Pouls petit, faible (118 à la minute), le malade a des coliques. On pense à une péritonite par perforation.

Mort le 25 mai à deux heures du matin.

Autopsie. — Poumons et cœur sains. A noter cependant un épanchement péricardique assez abondant.

On trouve un carcinome médullaire du péritoine situé dans la région hypogastrique, s'étendant aux régions inguinales et remontant au-dessus de l'ombilic. La partie inférieure de la tumeur adhère intimement aux portions supérieure et postérieure de la vessie. Celle-ci est saine. Le centre de la tumeur est ramolli et transformé en une large cavité contenant du liquide purulent avec des débris du tissu dégénéré. Cette cavité s'était ouverte dans la cavité péritonéale, amenant ainsi la péritonite terminale. La tumeur adhère aussi au petit intestin au niveau de la partie située à 0.60 cm. au-dessus de cœcum et sa cavité communique avec le tube digestif. Les deux bassinets et les uretères sont très dilatés par suite de leur compression par la masse cancéreuse.

Dans les reins on trouve des noyaux secondaires.

Le foie et la rate sont sains.

Obs. IX. — *Sarcome encéphaloïde probablement primitif du mésentère s'étant propagé à l'intestin et aux reins.*

LE VAILLANT, thèse Paris, 19 janvier 1881.

Le jeune Sex.. , Emile, âgé de 5 ans 1/2, est amené à l'hôpital, le 18 août 1880.

Ses parents se portent bien.

Il a eu deux frères morts, l'un de diphtérie, l'autre de méningite.

Depuis sa naissance il est sujet aux rhumes.

Il y a 5 semaines rougeole. Depuis son ventre a augmenté de volume, pas d'anorexie, pas de douleur à la pression, mais chaque jour cinq à six selles de couleur roussâtre.

Etat au moment de l'entrée. — L'enfant a maigri ; il tousse un peu, rien à l auscultation. Sur les membres et la partie postérieure du tronc, éruption sudorale.

Le ventre est entièrement volumineux ; il semble contenir une assez grande quantité de liquide. Les intestins paraissent flotter librement. Sur la paroi abdominale une circulation collatérale est très développée. Pas de douleur à la pression, sauf au niveau du foie qui échappe à la palpation et de la rate qui, dure, gonflée, festonnée sur son bord antérieur, déborde les fauses côtes de 6 cent. au moins. Ce volume considérable du ventre semble gêner un peu la respiration.

17 août. — Température rectale, soir 38° 6. Pouls, 120.

Le lendemain en palpant plus profondément on parvient à délimiter très difficilement deux tumeurs dures, l'une dans le flanc droit, l'autre dans l'hypogastre.

Les ganglions sous-maxillaires, cervicaux et inguinaux sont tuméfiés. Le sang examiné au microscope contient environ 8 à 10 globules par champ microscopique.

18. — T. rectale du soir : 38° 4.

19. — T. rectale du matin : 39° 6 ; soir, 38° 6.

Epistaxis légère.

20. — T. rectale : 38° 6, le soir.

21. — T° rectale : le soir, 39° 8.

23. — Le malade s'affaiblit d'heure en d'heure ; de grosses pustules d'acné apparaissent sur le front. L'ascite augmente à tel point qu'on ne sent plus rien à la palpation. Selles normales. T. rectale : le soir, 39° 6. Le 24 août, l'enfant meurt épuisé.

Autopsie. — L'autopsie est faite 28 heures après la mort.

L'abdomen est volumineux. En l'ouvrant il ne s'échappe pas de liquide. Le foie est normal ainsi que la rate qui est accolée par son extrémité inférieure à une tumeur de la taille d'un gros œuf de

poule. Cette tumeur adhère à l'angle du colon tranverse avec le colon descendant. La surface est marbrée de blanc et de noir : par places on y observe de petits foyers hémorragiques. Sa consistance est dure.

Derrière cette tumeur et lui adhérant complètement on trouve le rein gauche avec sa capsule considérablement épaissie. A la coupe il a l'aspect d'un gros rein blanc. Le rein droit est seulement un peu pâle. La grosse tumeur que nous venons de signaler, englobant sous le mésentère une portion du colon transverse et du colon descendant, remontait vers le pancréas qu'elle intéressait au milieu d'elle. Cet organe à la coupe avait l'aspect fibreux et dur comme le squirrhe.

L'intestin semblait sain sur toute sa longueur, même au niveau où le colon adhérait à la tumeur ; mais au milieu du cœcum on voit une tumeur blanchâtre, isolée, faisant saillie dans la lumière du canal sans cependant intéresser la muqueuse. Sur l'intestin grêle, à 10 ou 12 cm. de son embouchure on trouve l'intestin épaissi sur une étendue de 7 à 8 cm. En l'ouvrant on découvrit alors une ulcération peu profonde et deux cicatrices semblant anciennes. Tous les ganglions mésentériques étaient volumineux, durs et blanchâtres. Poumons congestionnés.

Ganglions bronchiques tuméfiés.

Cœur normal.

Péricarde épaissi par une production blanchâtre d'aspect squirrheux.

L'examen histologique fait par M. le Dr Balzer, prouva qu'on avait affaire à un sarcome encéphaloïde.

Obs. X. — *Lymphosarcome du mésentère.*

Stern. — *Deutsche med. Wochenschrift,* 1892, n° 22, p. 496.

Il s'agit d'un garçon de 11 ans admis à l'hôpital le 5 août 1888 pour augmentation de volume du ventre.

A l'entrée du malade, mauvais état général. Tumeur abdominale dure, peu mobile, située à peu près sur la ligne médiane, s'éten-

dant un peu plus à gauche. On pourrait penser à une tumeur venant du foie ou de la rate. Cependant le diagnostic restait plutôt hésitant entre une tumeur venue du rein ou une tumeur du mésentère. L'intervention fut jugée inutile.

Autopsie le 17 septembre de la même année. On trouve une tumeur dure, développée entre les deux feuillets du mésentère. Elle présente l'aspect macroscopiquement et microscopiquement d'un cancer développé au niveau des ganglions mésentériques.

Obs. XI. — *Lymphosarcome du mésentère.*

A. Krupetzky, *Jahrb. für Kinder.*, n° 44, 1897, p. 468 (traduction inédite).

Il s'agissait d'un garçon de 7 ans qui 7 mois avant son admissiou à la clinique de Dorpat a commencé à s'amaigrir assez rapidement. On sentait à la palpation de l'abdomen une tumeur bosselée, irrégulière, très dure, peu mobile, siégeant en grande partie au-dessous de l'ombilic. En outre on était frappé par la grande anémie et le rapide amaigrissement du petit malade. Le foie, la rate ne semblent pas augmentés de volume. Les urines sont normales.

On fait le diagnostic de sarcome des ganglions mésentériques avec adhérences multiples. On fait un traitement médical : sulfate quinine 0,30 centigr., deux fois par jour.

Mort deux mois après.

L'autopsie confirme le diagnostic clinique et montre que la tumeur a envahi la paroi vésicale et a contracté des adhérences solides avec les anses intestinales.

Obs. XII. — *Sarcome des ganglions mésentériques chez un enfant de deux ans.*

Loumine, *Wracht*, 1893, n° 42, p. 1162, in thèse Mariage, 1894-95.

Il s'agit d'un garçon de 2 ans sans antécédents héréditaires, toujours bien portant pendant la première année. A partir de la deuxième année il commença à maigrir, à pâlir. En même temps son ventre devenait gros.

A l'examen on trouve un enfant très amaigri, très cachectique avec des traces de rachitisme et des adénopathies périphériques multiples. Le ventre était gros. La peau est couverte d'un lascis veineux. A la palpation on constatait la présence de plusieurs tumeurs assez volumineuses, indépendantes du foie et de la rate non hypertrophiés. Rien du côté des reins ou des organes thoraciques. Légère leucocytose à l'examen du sang. L'enfant resta à la clinique près de 13 jours et mourut dans le coma.

A l'autopsie on trouva un sarcome à cellules rondes des ganglions mésentériques et rétro-péritonéaux. Les ganglions pris formaient des tumeurs dont quelques-unes avaient les dimensions d'un poing d'adulte.

Métastases multiples dans le foie, la rate, les reins.

Obs. XIII. — *Lymphosarcome des ganglions mésentériques.*

HAGENBACH-BUCKHARD, 39. *Jahresbericht des Kinderspit. zu Basel,* 1901, p. 44.

Enfant de 6 ans 1/2, avec un ventre gros dans la partie inférieure duquel on palpa une tumeur comme une tête d'enfant et en outre, deux petites tubérosités qui s'enfonçaient dans le bassin. Par la laparotomie on constata que la tumeur avait envahi l'épiploon, l'intestin et le péritoine pariétal. On excisa un petit morceau de la tumeur pour l'examen microscopique : on le trouva formé d'un sarcome à petites cellules rondes. Après l'opération, la tumeur s'accrut rapidement, la mort survint deux mois après l'opération. L'autopsie démontra qu'il s'agissait d'un lymphosarcome développé primitivement dans le mésentère. Quelques glandes de l'aîne et du cou étaient aussi atteints de néoplasies.

Obs. XIV. — *Sarcome globo-cellulaire du mésentère chez un enfant de 11 ans.*

M. LATRONCHE, *Journal de Médecine de Bordeaux,* 17 juillet 1904, p. 528.

Enfant F. D..., entré le 20 avril 1904 à l'hôpital pour une

tumeur de l'abdomen : il est reçu salle 10, service de M. le Dr Princeteau.

Antécédents héréditaires. — Rien à retenir sinon une tante morte de tumeur abdominale de nature imprécise.

Antécédents personnels. — Rien à noter.

L'enfant cependant aurait reçu en septembre 1903 un coup de pied dans l'abdomen et en aurait souffert pendant plusieurs jours. Il n'y a que 6 mois, au dire des parents, que l'enfant jusqu'alors bien portant se mit à souffrir de coliques et à avoir des intervalles de diarrhée et de constipation.

Mais c'est surtout depuis trois mois que ces douleurs reviennent plus intenses. Elles apparaissent alors sous forme de crises. Ces crises débutent par une douleur sourde dans l'abdomen, s'irradiant vers le thorax ; elles sont parfois si intenses que l'enfant se tord de douleurs sur son lit, pousse de grands cris, mord ses draps : sa respiration devient haletante. La crise dure ainsi environ deux heures puis se calme. Ces crises ne reviennent pas à intervalles fixes, mais sont tout à fait capricieuses dans leur époque, leur durée et leur intensité. Pendant ces crises, pas de vomissements.

Jusqu'à présent on voit que ce ne sont que des troubles fonctionnels qui ont attiré l'attention des parents, mais ceux-ci s'apercevant il y a un mois que l'enfant a de la peine à desserrer son pantalon, l'examinent et trouvent une grosseur dans le ventre.

Depuis ce jour l'enfant a eu trois vomissements alimentaires mais ne coïncidant pas avec les douleurs.

La dernière crise douloureuse, qui a eu lieu le 18 au soir, fut plus violente et dura toute la nuit.

L'enfant entre à l'hôpital le 20 avril 1904.

Etat à son entrée. — L'enfant ne semble nullement affaibli (selles blanchâtres, un peu d'albumine et d'indican dans les urines). A l'inspection de la région abdominale, déformation très légère du côté droit, un peu en dehors et au dessous de l'ombilic ; ventre un peu ballonné.

A la palpation, tumeur à surface assez régulière, mais lobulée. Son extrémité inférieure donne la sensation d'un bord net, saillant, situé à égale distance de l'ombilic et du pubis.

La tumeur semble s'étendre à droite et à gauche profondément dans les flancs ; en bas elle descend presque jusqu'au niveau de la fosse iliaque droite, en haut ses limites sont difficiles à préciser. Elle va se perdre sous le bord antérieur du foie La tumeur est mobile, mais assez peu sur les plans profonds.

A la percussion, ligne de matité irrégulière, zone de sonorité entre la tumeur et la région hépatique.

Examen sous chloroforme, le 22 avril 1904. — On sent la tumeur plonger profondément vers la colonne vertébrale. Etat général très bon. Quelques selles peu importantes et presque décolorées. 700 cc d'urines dans les 24 heures avec un peu d'albumine et assez d'indican.

Le 24 avril, un lavement produit une véritable débâcle de matières légèrement jaunâtres

Le 26, laparotomie exploratrice. — On tombe sur l'épiploon rempli de granulations et de petites tumeurs dont une est enlevée pour faire l'examen anatomique. Enfin on arrive sur la tumeur qui englobe tout le mésentère avec les anses intestinales qui lui forment une collerette. Devant l'étendue du néoplasme, M le Dr Princeteau ne va pas plus loin et referme l'abdomen.

Le microscope a montré qu'il s'agissait d'un sarcome globo-cellulaire.

Obs. XV. — *Sarcome primitif (?) de l'intestin.*

M. A. Santos, *Rev. Soc. méd. Argentina, nov.-décemb. 1902.* — *Archives de médecine des Enfants*, 1903, p 494 (in Concetti).

Garçon de 4 ans. Malade depuis quinze jours avec fièvre, mauvais état général, soif intense, ictère, fèces décolorées, urines foncées, sueurs abondantes et augmentation de volume du ventre, en particulier à droite où l'on palpe une tumeur de consistance élastique, mais qui ne suit pas les mouvements de la respiration.

Supposant qu'il s'agissait d'un kyste hydatique du rein droit ou du mésentère, on procède à la laparotomie ; on ouvre les parois abdominales et l'on voit une masse énorme, d'aspect blanchâtre, à

surface irrégnlière, à laquelle l'intestin adhère en plusieurs points. On referme la plaie. Peu après mort. A l'autopsie, on trouve cette masse lardacée qui occupe le mésentère jusqu'au flanc droit et dont les ganglions forment la masse centrale, bosselée, de la grosseur d'une orange. Or, à celle-ci adhérait une portion de l'intestin grêle, à environ 0,50 cent. de son embouchure dans le cœcum et qui, sur une longueur de 15 à 20 cent , apparaissait complètement envahie dans ses parois par le néoplasme. Cette partie de l'intestin grêle avait atteint un volume égal à celui du gros intestin avec des parois épaissies jusqu'à 0,01 cent., d'aspect lardacé ; le calibre intérieur était augmenté et les parois de cette cavité étaient irrégulières et ulcérées. Dans d'autres parties aussi, l'intestin grêle était en contact avec la tumeur et même compris dans son intérieur, mais sans rétrécissements. Ses parois étaient envahies çà et là et épaissies jusqu'à 1/2 cm. D'autres nodules de reproduction néoplasique se trouvaient dans les parois abdominales, dans la région périnéale, dans la vessie, dans les autres parties de l'intestin, dans les ganglions du petit bassin entourant le rectum, envahi lui-même, mais resté perméable, dans le foie et dans les reins.

L'examen microscopique montra un sarcome à petites cellules rondes.

Bien que l'auteur ait intitulé son observation sarcome primitif de l'intestin, nous pensons, au contraire, que le néoplasme s'est développé primitivement dans le mésentère et a envahi secondairement les parois du tube digestif. Quand la tumeur débute par l'intestin, il y a diminution de la lumière intestinale pouvant aller jusqu'à l'occlusion. Au contraire, l'intestin envahi secondairement est toujours ectasié par affaissement et destruction des tuniques musculaires. C'est le cas de l'observation précédente où l'intestin grêle avait acquis le volume du gros intestin,

Obs. XVI (résumée). — *Sarcome à petites cellules rondes des ganglions mésentériques, propagé à l'intestin avec métastases au foie et aux reins.*

Luigi Concetti. *Revue d'hygiène et de médecine infantiles*, 1906, p. 363.

C... Léon, âgé de 5 ans. Antécédents héréditaires absolument négatifs. Nourri au sein par sa mère.

Seulement, il y a 20 jours, apparurent les premiers symptômes de la maladie : c'étaient de fortes douleurs dans le ventre, mais qui s'amoindrirent les jours suivants. Depuis s'établit une constipation modérée. Six ou sept jours avant l'entrée à l'hôpital, les douleurs reparurent vers le soir, mais légères. Ce qui alarma surtout les parents, c'est que l'enfant qui jusqu'alors avait été bien portant, était devenu pendant cette courte période de 20 jours très anémié, faible, apathique, en même temps que le ventre avait manifestement grossi. Il n'y eut jamais de fièvre, ni d'autres troubles subjectifs.

L'enfant fut examiné pour la première fois à la clinique, le 7 février 1903. Il avait un aspect apathique, somnolent. La peau et les muqueuses visibles étaient pâles. La gaisse sous-cutanée bien développée, les yeux languissants, la langue rosée, le thorax paraissait un peu évasé en bas et l'examen des organes contenus dans la poitrine normal. L'abdomen était gros et il y avait un réseau veineux apparent dans les régions des hypochondres et de l'épigastre En regardant obliquement, il était facile d'apercevoir deux éminences, une à environ 2 cent. de l'ombilic, l autre dans le quart supérieur gauche du ventre. La palpation dans les points correspondants montrait deux masses dures, bosselées, allongées, que l'on pouvait saisir entre les doigts en quelques points et qui donnaient la sensation d'un gonflement, d'une portion durcie de l'intestin. Ces masses se percevaient à droite comme si elles avaient commencé un peu au-dessus de la ligne pubienne, plutôt plus profondément et on suivait leur saillie jusqu'à la ligne blanche où elles devenaient plus superficielles et là, brusquement, elles se

repliaient en faisant un angle droit dont le sommet était formé par la saillie située à droite de l'ombilic et, en prenant une direction horizontale, elles devenaient légèrement profondes sur la ligne médiane pour devenir superficielles et visibles à l'inspection dans l'hypochondre gauche où elles semblaient se terminer par une masse un peu plus volumineuse que les autres. Une autre masse se palpait plus profondément dans le quart inférieur gauche du ventre vers la ligne médiane. Ces masses étaient légèrement saillantes, indolores à la palpation et donnaient de la matité à une percussion légère. Partout ailleurs le son était légèrement tympanique, il n'y avait pas de liquide ascitique.

Pendant un mois l'enfant fut soigné chez lui, à notre consultation externe, avec du calomel à l'intérieur à doses purgatives et réfractées, avec des frictions mercurielles et des injections de cacodylate de soude et d'huile iodée et gaïacolée. Les masses dures de l'abdomen grossirent lentement, le réseau veineux s'accusa davantage dans les parois abdominales. La couleur de la peau prit une coloration jaune-paille, caractéristique de la cachexie des tumeurs malignes. Les douleurs sont modérées et peu fréquentes.

L'enfant est admis à la Clinique le 17 mars, il y resta jusqu'à l'époque de sa mort qui survint le 3 avril suivant.

L'enfant était dans son lit couché sur le dos, les jambes fléchies sur les hanches, immobile, apathique, répondant à peine aux questions. Le panicule graisseux, très diminué, était remplacé par des œdèmes qui avaient débuté aux paupières et qui survinrent également aux pieds, aux hanches, aux parois abdominales.

Les appareils de la circulation et de la respiration furent toujours normaux.

Le volume du ventre devint de plus en plus considérable.

	17 février.	17 mars.	26 mars.	1er avril.
Circonférence abdominale. ...	49 cent.	54 cent.	64 cent.	69 cent.
Ligne xypho-pubienne.	21	24	26	28
Ligne xypho-ombilicale.....	13	15	16	17
Ligne ombilico-pubienne.....	8	9	10	11

Le ventre fait saillie sur la ligne médiane et on voit toujours un

relief à droite. Les masses dures occupent toujours la partie droite du ventre, dans toute sa hauteur et aussi à gauche, en haut. Elles sont bosselées, indolentes, se déplacent un peu moins. A droite, la matité se termine en se confondant avec celle du foie dont elle était d'abord distincte et qu'elle refoule en haut. On ne constate point de liquide dans la cavité abdominale. L'anémie est toujours de plus en plus accentuée.

Voici quelques analyses de sang.

	25 février.	17 mars.	24 mars.	31 mars.
Hématies.....	3.652.000	3.300.000	2.600.000	2.350.000
Hémoglobine.....	40 °/₀	35 °/₀	35 °/₀	30 °/₀
Fer.....	0,35	0,27	0.26	0,26
Globules blancs.....	16.000	10.400	7.700	8.500

Dans la formule leucocytaire, on trouva une diminution de la forme polynucléaire neutrophile et une augmentation proportionnelle de lymphocytes de 28 à 30 °/₀.

Urines normales.

Peu de jours après son entrée à la clinique apparut dans la région zygomatique droite vers l'angle externe de l'œil une tumeur mal délimitée, molle, presque fluctuante. La peau qui la couvrait était normale. Peu de jours après il en parut une toute semblable dans la région temporale gauche. Toutes deux diminuèrent peu à peu spontanément jusqu'à disparaître. Dans les deux dernières semaines apparurent des phénomènes de paralysie dans les régions oculaires, du ptosis d'abord à droite puis à gauche, avec disparition de l'œdème strabisme convergent et amaurose à gauche et amblyopie à droite : légère exolphtalmie. L'examen olphtalmoscopique pratiqué à deux reprises différentes par le professeur Fortunati révéla à quelques jours de distance de la stase dans la papille en voie de résolution. Les selles jusqu'aux derniers jours étaient formées par de grosses scybales fétides, recouvertes d'un peu de mucus mais jamais sanguinolentes. La constipation resta de règle. Dans les derniers jours les œdèmes, l'abattement s'accentuèrent puis survinrent le coma et la mort.

De la première apparition des douleurs abdominales qui fut le

premier symptôme prémonitoire, à la mort il s'écoula seulement deux mois et demi. C'est une des marches les plus rapides qu'on ait décrites dans les maladies de cette espèce.

Examen anatomo-pathologique. — L'autopsie, suivant le désir de la famille, fut limité à la cavité abdominale et à celle du crâne, d'autant plus que celle du thorax ne pouvait présenter tout au plus que des métastases sans importance. A l'ouverture de la cavité abdominale il s'écoula 200 cmc. d'un liquide teinté légèrement de rouge, légèrement trouble, avec des filaments de fibrine. Puis apparut une masse bosselée résultant de l'agglomération de beaucoup de tumeurs de différents volumes et de couleur blanchâtre ou blanc grisâtre, de consistance fibreuse et qui faisaient corps avec les anses intestinales grêles et auxquelles elles étaient adhérentes en grande partie : une masse plus grosse que les autres correspondait à droite de la ligne médiane vers son quart supérieur, de forme un peu allongée, obliquement dirigée vers la ligne médiane et vers le bas : sa surface était lisse, sa consistance élastique. Tout l'ensemble de la tumeur tenait au paquet intestinal depuis et y compris l'estomac jusqu'au rectum. Aucune adhérence n'existait ni avec les parois, ni avec les autres viscères. Le foie était légèrement augmenté de volume avec une capsule lisse et pâle : à la coupe on voyait vers le bord antérieur du lobe droit une masse, du volume d'une noix, d'aspect blanchâtre, de consistance plutôt molle. La rate était de volume normal et n'offrait rien de remarquable à l'examen microscopique. Les reins étaient tous deux un peu gris, à surface bosselée, de coloration blanc grisâtre, de consistance molle, friable à la pression des doigts.

A la coupe on ne peut plus distinguer la substance corticale de la substance médullaire, toutes deux étant infiltrées de masses et de traînées blanchâtres. La capsule se détache facilement. En examinant avec soin la masse des tumeurs et de l'intestin adhérent on voit que la masse principale est constituée par un amas de ganglions mésaraïques gonflés forment une tumeur dure, grosse comme une orange. Au dessus de cette tumeur adhère une autre tumeur qui fait corps avec elle et n'est autre chose qu'une anse de l'intestin grêle très dilatée, à parois extrêmement épaissies. En rapport avec

la grosse tumeur ganglionnaire le mésentère est épaissi jusqu'à 1 ou 2 cent. dur, de couleur grisâtre et tous les ganglions sont plus ou moins gonflés depuis le volume d'un haricot jusqu'à celui d'une noix, les uns isolés, les autres adhérents entre eux ou aux parois intestinales.

A l'ouverture de la cavité crânienne, le cerveau et ses enveloppes paraissent absolument normaux.

A l'examen microscopique, les tumeurs ganglionnaires montrent un tissu sarcomateux très net avec de petites cellules rondes à gros noyau bien coloré avec un peu de protoplasma. Là où la glande adhérait à l'intestin, le tissu néoplasique a complètement détruit la capsule et les tuniques intestinales en formant un tissu sarcomateux uniforme et continu jusqu'à la muqueuse qui, en quelques points, était aussi également envahie.

Obs. XVII. — *Sarcome à petites cellules rondes des ganglions mésentériques diffusé à l'intestin avec métastases multiples.*

Luigi Concetti, *Revue d'hygiène et de médecine infantile*, 1906, p. 371 (résumée).

M..., Pierre, 5 ans, fut amené à la Clinique, le 1er avril 1904. Le père a souffert d'une adénite sous-claviculaire il y a 20 ans. L'enfant a été bien portant jusqu'à il y a 3 mois. Dans les premiers jours de janvier, il commença à pâlir, à avoir des sueurs profuses la nuit, il fut réveillé par de fortes douleurs de ventre. Il avait de la fièvre et on le purgea. Depuis lors il s'amaigrit notablement. Il n'eut plus de douleurs, mais le ventre se tuméfia et le médecin traitant y constata la présence de masses dures. A notre examen, nous relevâmes la coloration de la peau en blanc, les muqueuses pâles, les ganglions lymphatiques accessibles, gros, depuis la taille d'un grain de chénevis jusqu'à celle d'une amande. Un léger réseau veineux se dessinait sur la peau de l'abdomen. La demi-circonférence droite était à ce niveau d'un demi-centimètre plus

développée que la gauche : 29 — 28.5. En palpant l'abdomen, on sentait une tumeur grosse comme la tête d'un fœtus occupant toute la partie inférieure droite du ventre, dépassant la ligne médiane vers la gauche de 0,05 cm., elle envahissait la partie supérieure droite et s'élevait jusqu'à 4,5 ou 5 cm. de l'arcade costale ; sur la ligne médiane elle s'élevait jusqu'à 5,5 cm. de l'apophyse xyphoïde et envahissait un peu la partie supérieure gauche du ventre.

La percussion accusait de la matité dans toute l'étendue de la tumeur et du tympanisme dans les espaces situés au-dessus, dans quelques parties à gauche et postérieurement dans les régions lombaires. Cette dernière donnée permettait d'exclure les tumeurs ayant débuté dans les ganglions rétro-péritonéaux ou dans les reins. L'examen du sang donna : hématies, 1,200,000 ; leucocytes, 14,000 avec excès de lymphocytes et diminution de polynucléaires neutrophiles ; hémoglobine, 25 p. 100. Dans les premiers jours les selles étaient normales, puis elles devinrent diarrhéiques et fétides avec du ténesme et des douleurs très violentes qui furent de plus en plus fréquentes. Six jours après son entrée à la Clinique survinrent les vomissements, une forte prostration avec dyspnée : le ventre était plus gonflé encore à cause du météorisme, douloureux à la pression. La température qui, dans les premiers jours, était fébrile, 37, 39, tomba dans les derniers jours au-dessous de la normale, 36, 36-7 et le 7e jour la mort survint par syncope.

Autopsie. — Après ouverture de la cavité abdominale, il s'écoula un liquide épais et fétide ; le péritoine était congestionné, opaque et un détritus opaque recouvrait les intestins. L'intestin grêle parut normal. Le cœcum, le colon ascendant faisaient corps et adhéraient avec une grosse tumeur du volume d'une orange, sur une longueur de 20 cent. à partir de la valvule iléo-cœcale. Toute la lumière de l'intestin est dilatée, mais pas d'une manière excessive. La tumeur a l'aspect d'une grosse masse encéphaloïde jaune grisâtre. D'autres grosses masses, ayant le même aspect bosselé, se trouvent sur l'épiploon gastro-colique, adhérant à la séreuse de l'estomac du côté du cardia et au colon transverse. Les autres ganglions mésen-

tériques et rétropéritonéaux sont tous hypertophiés et envahis par la tumeur.

On trouve des masses néoplasiques dans la partie interne de la 6e côte et dans la portion inférieure du sternum jusqu'à l'apophyse xyphoïde. Les plèvres contiennent un liquide jaunâtre, hématique.

Le péricarde est vide, le myocarde, pâle, contient de petits nodules jaunâtres vers la surface externe dus à des reproductions néoplasiques. Les glandes cervicales et sous-maxillaires sont augmentées de volume.

La rate est grosse. Les reins sont farcis de nodules métastatiques. Le foie est normal.

La tumeur principale et les tumeurs secondaires montrent à la coupe une surface blanche dont certains points sont durs, d'autres ramollis. A l'examen microscopique, on les trouve formées par un tissu sarcomateux à petites cellules rondes, pauvres en protoplasma, avec de gros noyaux bien colorables. Toute la partie de l'intestin adhérant à la grosse tumeur se trouve envahie par des éléments néoplasiques qui, à partir de la séreuse, se firent une voie à travers les différentes couches jusqu'à la muqueuse, en détruisant le tissu normal et firent irruption dans la lumière même de l'intestin. La grosse tumeur s'est développée aux dépens des ganglions mésentériques.

§ 2. — Observations de tumeurs malignes secondaires du péritoine.

Obs. XVIII. — *Sarcome de l'intestin grêle et du mésentère*

Pépin. *Bulletin de la Société anatomique et physiologique de Bordeaux*, 16 décembre 1891, p. 240. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 21 juin 1892 (résumée).

Fille âgée de 3 ans, entrée à l'hôpital le 10 août 1891. Vers le commencement de juin elle reçut de sa sœur un violent coup de pied dans le ventre ce qui, d'après sa mère, serait le point de départ

de tous ses accidenls. Dans les premiers jours de juillet, l'enfant se plaint un peu du ventre, où la mère trouve une tumeur de la masse d'une mandarine, très molle. Vers le milieu de juillet les douleurs sont plus fortes, l'enfant perd l'appétit, elle pâlit, perd sa gaieté. Elle a des alternatives de diarrhée et de constipation. Le ventre devient volumineux et à la palpation on trouve une tumeur du volume d'une grosse orange, allongée transversalement dans le flanc gauche vers la partie médiane et supérieure de l'hypogastre et se perdant dans le bassin Cette tumeur n'est pas uniforme : on sent qu'elle est formée de plusieurs masses arrondies, bosselées, mobiles latéralement, mates. Le bord inférieur du foie ne dépasse pas le rebord des fausses côtes. Les douleurs s'étendent aux lombes et aux hanches. Les pieds sont œdematiés.

Le volume du ventre atteint 95 cm. de circonférence, les œdèmes augmentent, la face et les extrémités inférieures deviennent cyanotiques. Anorexie, soif vive, diarrhée abondante, fétide et grisâtre. albuminurie, vomissements, cachexie et mort le 2 sept. au cours d'une rougeole, 2 mois 1/2 après la première manifestation.

Autopsie. — A l'autopsie on trouva environ 20 cm. de liquide grisâtre, fétide, dans le péritoine. Le grand épiploon est épaissi. Une grosse tumeur occupe le flanc gauche et la région ombilicale. Elle se compose de deux masses, une intestinale, l'autre mésentérique.

a) Masse intestinale, constituée par un néoplasme de l'intestin grêle située à 20 cm. du duodénum.

b) Masse mésentérique. La tumeur mésentérique adhérente à la précédente est discoïde, elle présente de grosses bosselures, elle est exactement contenue entre les deux feuillets du mésentère qui est intimement lié à ses deux faces. Elle est formée par une masse principale composée d'un tissu exactement analogue à celui de la tumeur intestinale. On y trouve des bosselures variant de la grosseur d'une noisette à celle d'un œuf de poule, et qui ne sont autre chose que des ganglions dégénérés contenus dans une coque fibreuse et résistante qui incisée, laisse énucléer facilement le ganglion.

Cette tumeur est exactement contenue entre les deux feuillets du mésentère elle n'a aucune adhérence avec la colonne vertébrale, ne dépasse pas du reste en arrière le pédicule du mésentère.

Aucune manifestation analogue dans le reste de l'organisme.

L'examen microscopique constata un sarcome à petite cellules rondes.

Diagnostic : Sarcome de l'intestin avec envahissement du tissu et des ganglions situés entre les deux feuillets du mésentère.

Obs. XIX. — *Lymphosarcome du jejunum. Propagation au mésentère.*

Bessel-Hagen, *Virchow's Archiv*, 1885, XCIX.

Garçon de 7 ans, reçoit un coup en février 1883, sur le côté droit du ventre. Depuis amaigrissement, augmentation du volume du ventre, douleurs abdominales, vomissements, diarrhée, fièvre. On constate en avril une tumeur inégale dure, sensible à la pression, et siégeant en grande partie à droite et au-dessus de l'ombilic. De plus on arrive à sentir quelques noyaux isolés dans la profondeur de la cavité abdominale. La rate et le foie ont leurs limites normales. Les ganglions lymphatiques superficiels sont gonflés. Pas d'ascite, pas d'œdèmes. L'examen du sang donne une augmentation insignifiante des leucocytes.

Diagnostic : sarcomes multiples de la cavité abdominale.

L'enfant meurt vers le milieu du mois de juin, environ 4 mois après le traumatisme.

Autopsie. — On trouve à droite une grosse tumeur de l'intestin grêle du volume d'un poing d'adulte. Le mésentère est infiltré de productions sarcomateuses en forme de cordons qui adhéraient à la tumeur et la rendaient encore plus volumineuse. Infiltration à la base des deux poumons et dans les deux reins, sous forme de noyaux allant de la grosseur d'un petit pois à celle d'une noisette. Tumeur grosse comme un œuf de poule sur la partie droite du bassin. Les ganglions du cou, des aines, et ceux

du mésentère, sont transformés en petites tumeurs grisâtres du volume d'une noisette.

A l'examen microscopique : sarcomes à petites cellules rondes avec très peu de protoplasma. Dans quelques points il semble que l'on voit les restes d'un réticulum adénoïde, mais plus délié qu'à l'ordinaire. Il pourrait s'agir d'un lymphadénome plutôt que d'un lymphosarcome.

Obs. XX (résumée). — *Sarcome primitif de l'intestin grêle. Reproductions par métastases dans l'épiploon, les ganglions mésentériques et sacro-lombaires, dans le diaphragme et dans le cœur.*

DEBRUNNER, Thèse Zürich, 1883.

Garçon malade depuis trois semaines. Pâleur, amaigrissement, vomissements, douleurs aux lombes et au sacrum, puis à l'épigastre. Constipation avec défécations douloureuses, soif, agitation réseau veineux thoraco-abdominal, ventre gros contenant des masses bosselées dures qui depuis trois centimètres au-dessus de l'ombilic s'étendent en bas jusqu'au pubis des deux côtés Pas d'ascite, œdème au scrotum et à la jambe gauche. Augmentation rapide de l'abdomen. Mort environ un mois après dans un état de profonde cachexie.

A l'autopsie, un peu de liquide trouble dans le péritoine. Une tumeur grosse comme un utérus à terme occupe le grand bassin et repousse en haut les intestins : une anse intestinale fait corps avec la tumeur. Dans l'épiploon des nodules blanchâtres comme des grains de chénevis ou de lin. Le rectum est infiltré mais sa muqueuse est normale. Les ganglions mésaraïques sont gros comme des haricots ou des œufs de pigeon. La paroi postérieure de la vessie aussi est infiltrée. L'examen microscopique montre des petites cellules sarcomateuses avec un peu de substance intercellulaire, un noyau sphérique volumineux, peu de protoplasma ; de nombreux vaisseaux sanguins à parois très fragiles, pour la plus grande partie néoformés.

Obs. XXI. — *Sarcome du duodénum, masses néoplasiques dans l'épiploon et le mésentère.*

MANDELBAUM et LIEBMANN, *Mount Sinaï Hosp. Reports*, 1899 (in CONCETTI).

Un garçon de 12 ans souffrait de constipation, de douleurs abdominales et présentait des masses dures, inégales dans la région hypogastrique. On fait la laparotomie et on trouve un liquide purulent et tout le péritoine blanc avec des masses dures, lympho-sarcomateuses. L'enfant mourut huit jours après. A l'autopsie on trouva une tumeur grosse comme le poing, formée par la portion inférieure du duodénum. La lumière était restreinte jusqu'à permettre à peine le passage d'un doigt. Tout l'épiploon et le mésentère étaient infiltrés de masses néoplasiques, de même çà et là le reste de l'intestin. Le diaphragme était aussi infiltré avec diffusion à la plèvre sus-jacente et aux poumons.

Obs. XXII. — *Cancer de l'intestin et du péritoine.*

C. WIDERHOFER, *Handbuch der Kinderkrankhten*, 1880. IV. Band. II. Abteilung, p. 446 (in CONCETTI).

Chez un garçon de 7 ans se manifeste depuis peu de semaines une notable tuméfaction de l'abdomen avec ascite, anémie très accentuée et gonflement considérable des ganglions inguinaux. L'exploration rectale fait sentir de grosses tumeurs glandulaires jusqu'à la taille d'une noix, ce qui fit faire le diagnostic de dégénérescence ganglionnaire carcinomateuse. A l'autopsie on trouve un cancer médullaire du péritoine, en particulier dans la région du petit bassin. Carcinome secondaire des reins de forme infiltrée avec des nodules gros comme des noix ; infiltration carcinomateuse sur une longueur de 7 centimètres de la portion inférieure de l'iléon.

Nous pensons qu'il s'agit d'un sarcome de l'intestin avec envahissement du péritoine et noyaux secondaires dans le rein.

Obs. XXIII. — *Sarcome primitif du colon transverse avec reproduction dans l'épiploon.*

Debrünner. Thèse de Zurich, 1883. In thèse Reboule, p. 43, Paris, 1904-1905.

Garçon de 5 ans, douleurs abdominales depuis trois semaines. Alité depuis 14 jours. Alternatives de diarrhée et de constipation. Accroissement de l'abdomen depuis trois semaines.

Etat actuel le 20 juin 1882. — Enfant pâle, anémié, amaigri. Lèvres et conjonctives décolorées. Le degré extrême de l'amaigrissement fait un contraste singulier avec la tuméfaction de l'abdomen. Celle-ci est inégale. Le point le plus proéminent est situé sur la ligne blanche, un peu au-dessus de l'ombilic. Il existe une seconde voussure dans la région cœcale et une troisième dans l'hypochondre gauche. A la palpation on sent trois tumeurs distinctes. La première, située à droite de l'ombilic, est de consistance ferme, non adhérente à la paroi, unie et lisse. A la palpation, on croit sentir d'autres tumeurs à caractère identique dans le voisinage. La seconde tumeur est dans la région cœcale et la troisième dans l'hypochondre gauche. Lorsqu'on déprime profondément la paroi, on arrive à découvrir d'autres tumeurs lisses, semblables aux précédentes, mais plus petites et fuyant sous le doigt. Matité au niveau des tumeurs, tympanisme dans l'intervalle. Le foie et la rate sont légèrement hypertrophiés.

Diagnostic du prof^r^ Wyss : sarcome multiple du péritoine. L'amaigrissement fait des progrès rapides. Une diarrhée, de violentes coliques s'installèrent, 10 à 12 selles par jour, léger œdème des pieds. Mort le 24 juillet.

A l'autopsie, on trouva un exsudat péritonéal faiblement adhérent

et 100 cent. d'un liquide brunâtre et puriforme. On voit une tumeur du colon transverse. Légères adhérences avec l'épiploon qui est parsemé de nodules blancs du volume d'une lentille. Aucune reproduction métastatique dans le reste de l'organisme. A l'examen microscopique, on trouve un sarcome à petites cellules rondes ayant débuté dans la muqueuse et la sous-muqueuse du colon transverse.

Obs. XXIV (résumée). — *Lympho-sarcome de l'intestin — Infiltration du mésentère. - Noyaux dans le mésocolon transverse et dans les appendices épiploïques du gros intestin.*

Cernesato, Padova, 1896, in Concetti.

Garçon de 4 ans 1/2. A eu, un an auparavant, une diarrhée sanguinolente avec douleurs. Depuis, troubles intestinaux avec douleurs et selles mêlées de sang. Abdomen très augmenté de volume, météorisme. Sous l'ombilic, à gauche, on sent une tumeur grosse comme une orange. Pas d'augmentation des leucocytes dans le sang. Hématies diminuées en nombre et déformées. Mort moins de deux mois après le début de la maladie.

A l'*autopsie* on trouva 500 cent. cubes de liquide ascitique rosé avec un peu de fibrine. Le grand épiploon est œdématié, tumeur de l'intestin grêle, du volume d'une orange. Le mésentère correspondant est épaissi, dur, jaunâtre. Il y a une tuméfaction circonscrite dans le mésocolon transverse, vers la courbure hépatique. Des envahissements néoplasiques se trouvent dans les appendices épiploïques du gros intestin, dans un ganglion péri-bronchique gros comme une petite noix, dans la plèvre diaphragmatique, au voisinage du sternum, sous la forme d'un cordon cylindrique, épais d'un centimètre et demi, et dans les reins. La rate est légèrement hyperplasiée. Le foie est normal.

A l'*examen microscopique* on trouva des amas de petites cellules rondes à gros noyaux analogues à des lymphocytes au milieu d'un fin réseau de tissu conjonctif anyste que l'on met en évidence avec la nigrosine ou simplement par succession.

Obs. XXV (résumée). — *Sarcome primitif de l'intestin grêle. — Opération. — Récidive dans l'épiploon et les ganglions mésentériques.*

SIEGEL. *Berlin. klinis. Woch.*, 1899, p. 767, n° 35.

Garçon de 3 ans et 9 mois. Opéré le 18 mars 1899 pour un sarcome de l'intestin grêle. Suites opératoires bonnes pendant 7 à 8 jours. A partir du 27 mars, on voit apparaître dans l'hypochondre gauche une tumeur que l'on croit être la rate augmentée de volume. Circulation abdominale extrêmement développée. Mort le 6 avril 1899.

A l'*autopsie* on constate que le grand épiploon et les ganglions mésentériques sont infiltrés de masses néoplasiques volumineuses qui remontent jusqu'à l'estomac et englobent complètement le pancréas. Métastases dans les reins.

Au microscope, on voit qu'il s'agit d'un sarcome globo-cellulaire.

Obs. XXVI. — *Cancer aréolaire du gros intestin chez un enfant de 9 ans. — Nodules dans le grand épiploon.*

STEINER. *Jahrb. f. Kinderheilk.*, VII, 1864, p. 61 (in CONCETTI).

Un garçon de 9 ans jusqu'alors très bien portant, commence depuis peu de temps à s'anémier, avec constipation, vomissements répétés, douleurs au ventre, soif intense, couleur jaunâtre de la peau, facies abdominal, pouls petit et fréquent dans l'abdomen, expansion météorique : on ne palpe pas de masses dures ; l'enfant meurt dans le collapsus deux heures après son entrée à l'hôpital. A l'autopsie, on trouve un peu de sérosité dans le péritoine, et des nodules gris jaunâtre d'une tête d'épingle à un grain de chénevis dans le grand épiploon qui, dans la fosse iliaque gauche, était adhérent au gros intestin par un exsudat pseudo-membraneux. En ce point, le gros intestin, précisément au début de la courbure sygmoïdienne, est très gonflé et d'une couleur gris jaunâtre avec

des parois épaissies, dures, calleuses. A l'examen microscopique on voit un tissu aréolaire à contenu polymorphe.

Obs. XXVII. — *Lymphadénome de l'appendice iléo-cœcal, généralisation dans les ganglions mésentériques, le péritoine, les reins. — Cécité subite. — Mort. — Autopsie.*

Demange, Thèse de Paris, 1874. — Observation de Rendu

G..., Alp., âgé de 11 ans, entré à la salle St-Louis, n° 20, service de M. Roger, le 15 avril 1872. C'est un enfant assez maigre, sa mère est morte probablement tuberculeuse, huit frères et sœurs sont morts successivement sans qu'on ait de renseignements sur leurs maladies.

Depuis une quinzaine de jours, cet enfant se plaint d'accidents de tympanite abdominale, il souffre du ventre, il a maigri. Depuis la veille il a des vomissements bilieux. A son entrée on constate l'état suivant : visage amaigri, pommettes rouges et saillantes ; pouls petit, assez fréquent, 108. Ce qui frappe surtout c'est le volume du ventre dont la forme est irrégulière, il existe une saillie très notable au niveau de l'hypochondre gauche, au-dessous du rebord des fausses côtes. On perçoit à ce niveau une tumeur très volumineuse de la grosseur du poing, assez facile à circonscrire, peu douloureuse. Il n'y a pas de signes évidents d'ascite, mais la sonorité et la matité se répartissent inégalement.

La respiration est assez fréquente, le murmure vésiculaire faible à la base droite (foie refoulé dans le thorax). Développement de la circulation collatérale au niveau de l'épigastre.

On diagnostique péritonite tuberculeuse siégeant surtout au niveau de l'épiploon (glace, trois sangsues sur la tumeur, onctions à onguent napolitain belladoné.

Le 16, la tympanite a augmenté, les anses intestinales font relief : la tumeur paraît plus diffuse, elle se prolonge depuis la rate jusqu'à l'ombilic.

Les jours suivants, augmentation de la tympanite : on ne peut

plus sentir la tumeur. Dyspnée modérée (cataplasmes froids, glace à l'intérieur).

Le 22, dyspnée, râles fins à la base droite. On diagnostique de la congestion pulmonaire.

Le 24, dans le milieu de la journée, sans cause connue, le malade devient subitement aveugle. La cécité a été complète et instantanée sans altération de l'intelligence, du mouvement et de la sensibilité.

L'enfant raconte qu'à ce moment il a été pris d'un violent mal de tête.

Le 25 mai, la cécité persiste, matité complète aux deux bases. L'apparition de ce double épanchement pleural fait penser à une hydropisie interventriculaire comme cause de la cécité. Les urines sont opaques, laiteuses, le précipité se dissout à la chaleur, mais non à froid par l'acide nitrique ; il est formé évidemment d'urates.

Le soir tympanite excessive, ascite, dyspnée, 44 respirations à la minute, fièvre. P. 150.

Le 26, le fond de l'œil examiné par M. Golezowski ne présente aucune altération, il n'existe point de névrite ni d'hémorragie rétinienne. D'après lui la lésion est centrale et siège dans le centre optique. Il croit à une hémorragie ou à un tubercule siégeant au niveau des tubercules quadrijumeaux ou des pédoncules cérébelleux supérieurs au voisinage de l'olive cérébelleuse. L'enfant meurt dans la nuit avec les symptômes d'asphyxie.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, il s'épanche une assez grande quantité de liquide séro-purulent. Les intestins sont recouverts par le grand épiploon qui paraît rougeâtre, épaissi, chargé de granulations très vasculaires. Elles sont disposées le long des gros vaisseaux et constituent des franges épaisses, de véritables exsudats opaques ; le long des petits vaisseaux c'est une infiltration de plus en plus fine tout à fait analogue à la disposition de la graisse sur un épiploon adipeux. Le péritoine viscéral présente à peine quelques lésions. Il est simplement vascularisé au niveau des intestins et n'offre pas d'exsudats purulents ou d'état poisseux. Au voisinage de l'appendice il est intimement soudé à une tumeur qui a complètement envahi cet appendice, la fin de l'intestin grêle et le cœcum.

L'intestin examiné dans toute sa longueur a montré en général un structure normale. A l'extrémité de l'iléon, il est induré et infiltré dans toute son épaisseur par le tissu de la tumeur, il est même ulcéré sur sa face interne ; à la coupe il est lardacé et transformé en tissu analogue à celui de la tumeur.

Celle-ci, qui formait la masse sentie pendant la vie, occupait toute l'épaisseur du mésentère et probablement le paquet des ganglions mésentériques. Elle forme une masse volumineuse de la grosseur de plus de deux poings, d'une épaisseur dépassant 8 à 10 centimètres, parfaitement homogène. A la coupe le tissu est lardacé, blanchâtre, à trame serrée, un peu plus dure que de l'encéphaloïde, mais offrant comme lui des points vasculaires avec hémorragies interstitielles. Cette masse se continue sans ligne de démarcation avec l'extrémité du cœcum et l'appendice iléo-cœcal qui sont volumineux, turgides et complètement changés de forme. Cette masse ne peut être tuberculeuse, attendu qu'elle donne beaucoup de sang à la coupe, bien que les granulations péritonéales puissent être facilement prises pour des tubercules. Elle donne peu de suc à la pression, ce qui fait douter de sa nature encéphaloïde.

Les autres viscères présentent une généralisation de la tumeur primitive : on trouve des noyaux de même nature, blanchâtres et disposés à la périphérie comme des infarctus dans les reins au voisinage de la couche corticole.

Les poumons n'en contiennent pas, mais sur les plèvres on voit une foule de petits noyaux demi transparents qui sur quelques points ont une structure identique. La plèvre diaphragmatique surtout en est remplie. Les ganglions du médiastin sont complètement envahis et forment une grosse tumeur. Les vertèbres ne contiennent aucun noyau de ce genre La rate, le foie n'en contiennent pas non plus.

L'origine de la cécité reste inconnue. On a vérifié par l'examen des rétines sous l'eau qu'il n'existait pas d'apoplexies rétiniennes ; d'autre part les nerfs optiques, le chiasma, les bandelettes optiques ne présentent rien dans leur coloration, ni dans leur consistance qui ne fut absolument normal. Les tubercules quadrijumeaux et les

pédoncules cérébelleux supérieurs n'offraient pas non plus d'altération apparente. Tout l'encéphale est seulement notablement congestionné sans que du reste on put découvrir de suffusion sanguine nulle part.

L'examen microscopique des éléments à l'état frais, obtenu par le raclage, démontre qu'ils sont formés par des éléments cellulaires petits, sphériques, sans prolongements, quelques-uns nucléaires, la plupart granuleux. Après durcissement et lavage au pinceau on met à nu un réticulum fibrillaire à mailles fines tout à fait analogue à celui du tissu lymphatique. Les mailles sont remplies d'éléments lymphatiques caractéristiques. C'est donc un lymphadénome.

Les tumeurs du péritoine offrent la même structure. Il est dès lors probable que la cause de la cécité a été due à une rétinite leucémique, ou plutôt à une obstruction des vaisseaux rétiniens par des globules blancs.

L'examen du sang n'a pas été fait pendant la vie mais il est à peu près certain que la leucocythémie a existé, car les vaisseaux que l'on trouve sur les préparations sont complètement remplis par des globules blancs.

Obs. XXVIII. — *Squirrhe des organes abdominaux chez un jeune enfant.*

James Duncan, *Edinburgh medical journal*, 1886, p. 1127 (traduction inédite).

Joseph H..., âgé de 3 ans 1/2, entre le 29 novembre 1885.

La mère remarquait que depuis dix jours son enfant grossissait d'une façon anormale. Le ventre et les jambes étaient enflés. Cependant elle ne s'inquiéta pas, car l'enfant continuait à jouer et à bien manger. Ces symptômes augmentant considérablement, elle se décida à l'amener à l'hôpital.

A l'examen on constate un œdème très marqué des membres inférieurs remontant jusqu'au pénis. Le ventre est distendu. Il y a du tympanisme. Dans la fosse iliaque gauche on sent une tuméfac-

tion submate et douloureuse. On ne peut trouver de matité hépatique. Il y a de la douleur à la miction. Poids 80, température normale : la respiration est un peu accélérée. A l'examen du thorax, on constate en arrière de la matité dans les deux tiers inférieurs du poumon droit. La respiration à ce niveau est faible et obscure.

Le jour suivant l'œdème des membres inférieurs disparait presque complètement pour ne plus revenir. Pas d'albumine dans les urines.

1er décembre. — L'enfant se plaint de douleurs à l'hypogastre et dans le côté gauche. Ces douleurs sont calmées par des cataplasmes.

Deux jours après on sent dans cette région une masse dure, mate à la percussion, qui simulait une vessie distendue à tel point que l'on fut prêt à faire le cathétérisme, mais l'enfant urinait au lit, et il y avait au-dessus du pubis une bande de sonorité. Peu ou pas de liquide dans le péritoine. La dyspnée augmente, est surtout intense pendant la nuit. Ces symptômes n'ont pas diminué par les purgatifs, ni par les diurétiques (acétate de potasse).

6. — On ponctionne la plèvre droite entre le 6e et le 7e espace intercostal et on retire 8 onces de liquide séreux, légèrement trouble, avec des flocons fibrineux. La matité disparait, mais le liquide se réforme dès le lendemain. On donne alors au malade un mélange de caféine et de convallaria.

On fait une seconde thoracenthèse trois jours après et on retire 11 onces de liquide plus foncé, mais contenant moins de débris floconneux. On remarque qu'il y a un peu de matité à la base gauche. Cette seconde ponction n'amène pas plus de soulagement que la première. La dyspnée persiste, toujours plus forte la nuit.

12. — Ayant des doutes sur la nature de la maladie, on fait examiner l'enfant par un autre médecin. On appelle l'attention de ce dernier sur la masse de la région iliaque gauche et sur la tuméfaction située dans le flanc droit, découverte un ou deux jours auparavant entre les dernières côtes et la crête iliaque. On pense qu'il y a de l'ascite, mais par la ponction on ne peut retirer de liquide même avec l'aspiration. Cependant de la sérosité s'écoule pendant quelques jours par le trajet du trocart. La distension abdominale est moins forte et on peut palper un peu mieux le

ventre du petit malade. On sent le bord inférieur du foie dépassant légèrement le rebord des fausses côtes. Sa matité semble se continuer avec celle de la masse située dans le flanc droit.

15. — La nuit suivante, la dyspnée est excessive. On fait une troisième ponction de la plèvre droite et on retire 6 onces de liquide encore plus foncé. Les traits de l'enfant se tirent. L'appétit est nul. On sent un petit ganglion dans la région iliaque droite. Il y a de la diarrhée s'accompagnant de coliques. Mort le 19 décembre.

Autopsie 6 heures après la mort, assisté du Dr White. Cadavre très émacié. Pas d'œdème ni aux membres inférieurs, ni au niveau de l'abdomen. Un ganglion dans l'aisselle gauche. L'abdomen est distendu, les parois sont lisses. Les veines superficielles très dilatées. A l'ouverture du péritoine s'échappe une petite quantité de liquide. Dans la région iliaque droite, on aperçoit un ganglion de la grosseur d'une noisette. L'intestin est distendu. Son mésentère très épaissi. Une partie du petit intestin situé dans la fosse iliaque gauche est sur une longueur de 6 à 7 cent. le siège d'un cancer qui a envahi toute sa circonférence. s'étendant jusqu'au mésentère. La surface est semée de taches ecchymotiques. Le foie est augmenté de volume. Sa face inférieure présente trois masses cancéreuses. Deux son petites et sont situées dans les lobes droit et quadrilatère. La troisième, du volume d'une noix, est située dans le lobe gauche,

Dans le flanc droit, où pendant la vie on n'avait senti aucune tuméfaction, se trouve une masse cancéreuse du volume d'une orange, adhérente au rein, mais ne l'envahissant pas. Le rein droit est deux fois moins gros que le gauche ; celui-ci, il est vrai, est un peu plus volumineux qu'à l'état normal. Dans les deux, on trouve à la coupe des noyaux cancéreux. A la partie inférieure du sternum et sur sa face interne, on trouve un petit noyau cancéreux. La rate, le cœur, le péricarde sont normaux. Le poumon droit est rétracté sur son hile. Dans la plèvre, on trouve du liquide séreux. Le poumon gauche est à peu près sain. Cependant, on trouve un léger épanchement pleural de ce côté.

L'*examen microscopique* pratiqué par M. Stalker, a montré qu'il s'agissait d'un squirrhe.

Obs. XXIX (résumée). — *Carcinome de l'ovaire chez une fille de 8 ans. — Généralisation à la cavité péritonéale. — Mort.*

MARIAGE, th. Paris, 1894-95.

La nommée X..., âgée de 8 ans, se présente à la consultation du dispensaire pour les maladies des enfants, dans les premiers jours de l'année 1892. Ses parents ont remarqué que depuis quelque temps l'enfant maigrit, que ses fonctions digestives sont troublées et que le ventre augmente progressivement de volume.

A l'examen clinique de la malade, on constate que la paroi abdominale est amincie, parcourue par de nombreuses veines dilatées. Cette paroi est proéminente. La saillie est surtout prononcée dans la région sous-ombilicale.

A la percussion, on constate une matité presque complète jusqu'au niveau de l'ombilic.

La tension de la paroi est telle qu'il est difficile de la déprimer pour palper profondément ; on obtient nettement la sensation de flot et on diagnostique une ascite.

Rien dans les antécédents de la malade.

Rien d'anormal à l'examen du thorax.

Quelques semaines après le premier examen, le ventre ayant encore augmenté de volume et l'enfant ayant de la dyspnée, on pratique une ponction abdominale. Il s'écoule près de 8 litres de liquide rougeâtre, d'aspect hémorrhagique. Cette coloration est due, comme on s'en est assuré au microscope, à de nombreux globules sanguins altérés, contenus dans le liquide ascitique.

Après la ponction, on constate par la palpation l'existence de nombreuses masses irrégulières, disséminées un peu partout dans la cavité abdominale, mais plus nombreuses dans la région sous-ombilicale et paraissant plonger dans le petit bassin. L'enfant fut soulagée, mais le liquide se reproduisit assez rapidement ; on doit pratiquer à trois reprises la paracentèse.

On porta le diagnostic de tuberculose péritonéale.

Dans le courant du mois d'avril, l'enfant commença à présenter des signes de cachexie profonde, les membres s'œdématient ; l'œdème mou et blanc remonte jusqu'au niveau des genoux. La diar-

rhée apparaît en même temps que la distension du ventre continue à augmenter.

L'enfant meurt le 20 septembre 1892.

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité abdominale il s'écoule une grande quantité de sérosité hémorragique rougeâtre.

Tout le péritoine pariétal et viscéral est tapissé d'une quantité colossale de noyaux brunâtres et mous. La surface de la rate et du foie présente aussi un grand nombre de ces noyaux. Ils sont hémorrhagiques, de volume variant d'un pois à celui d'une noisette. Aux appendices épiploïques des anses intestinales on voit des noyaux arrondis, de la grosseur d'une noisette à celle d'une noix. Ils sont rattachés à l'intestin par un pédicule long et droit.

En cherchant le point de départ de cette carcinomatose généralisée on le trouve dans les ovaires. Ces deux organes sont transformés en des masses volumineuses énormes dont la plus petite, qui correspond à l'ovaire gauche, a le volume de deux poings

L'utérus et les trompes sont normaux.

Pas de noyaux secondaires dans le parenchyme hépatique.

Dans la rate, on trouve, au niveau du hile, un petit noyau grisâtre d'aspect aérolaire, situé en plein tissu splénique et rappelant tout à fait par son aspect celui des noyaux péritonéaux.

Au niveau de la rate on trouve un gros ganglion dégénéré.

Rien dans les autres viscères.

En somme, néoplasme des deux ovaires avec généralisation extrêmement abondante à tout le péritoine viscéral et pariétal, et noyau secondaire dans la rate.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'une tumeur épithéliale de l'ovaire, devenue végétante, diffusée et généralisée dans la cavité péritonéale et même dans les viscères : c'est un épithélioma cylindrique tel qu'on le rencontre au niveau du tube digestif.

Obs. XXX (Résumée). — *Tumeur maligne de l'ovaire. — Opération. — Récidive au niveau du péritoine.*

J. Lewi Donhauser, *Albany medical Annals* ; janvier 1906.

Fille de 13 ans, opérée le 20 octobre 1904 pour kyste de l'ovaire rompu avec torsion du pédicule.

Guérison opératoire. – La malade sort de l'hôpital le 12 novembre. Le 29 elle est reçue dans le service du Dr Macdonald. Cinq jours après sa sortie de l'hôpital elle aurait été reprise de douleurs à droite avec irradiations à la jambe. Elle eut ainsi plusieurs crises. Maigreur. Anémie. On constate la présence d'une tumeur dans le côté droit du ventre, au-dessous du foie. Opération. Issue de sang. Lavage et drainage. Mort le 20 décembre 1904.

Autopsie faite par le docteur Mac Stanton : on trouve une sarcomatose généralisée de tout l'abdomen avec noyaux et lobules de différentes dimensions. Le foie est envahi secondairement.

Au microscope : stroma conjonctif avec cellules rondes et fusiformes avec ça et là des masses de cellules épithéliales rappelant des glandes tubulaires. Cette structure rappelle l'adéno-sarcome. Vascularisation très abondante.

Il est probable que la rupture du kyste ovarien primitif qui était de nature maligne, a ensemencé le péritoine et les organes voisins, d'où récidive rapide avec généralisation.

Obs. XXXI. — *Cancer du rein gauche et de l'épiploon*

RATHERY. Thèse Paris, 1870.

T. Clémentine, âgée de 2 ans 1/2, entrée à l'hôpital des Enfants malades, dans le service de M. le docteur Roger, le 2 juillet 1869.

Antécédents. — La mère de cet enfant a toujours joui d'une excellente santé. Père mort phtisique. A l'âge de 15 mois, l'enfant aurait eu plusieurs accès de fièvre revenant à intervalles assez réguliers. A cette époque le ventre commence à grossir et on voit apparaître une tumeur dans le flanc gauche. Depuis ce moment la tumeur n'a cessé de grossir. Depuis le moment où cette petite fille a commencé à souffrir du ventre, elle a eu à plusieurs reprises des pissements de sang. Depuis deux mois l'hématurie a cessé : cette cessation de l'hématurie a paru coïncider avec une augmentation très rapide de la tumeur et l'apparition d'une tumeur semblable du côté droit.

Etat actuel. — Enfant pâle, amaigrie, pas de cachexie très avancée cependant. Ventre volumineux. Veines sous-cutanées très développées. La palpation du ventre est douloureuse. On a une sensation de résistance générale sans que nulle part il n'existe, à proprement parler, de fluctuation. A gauche on sent une tumeur volumineuse qu'on a tout d'abord tenté de rapporter à la rate. Toutefois cette tumeur ne paraît pas remonter très haut dans l'hypochondre. Elle se prolonge dans le flanc gauche jusqu'à 3 ou 4 travers de doigt de la crête iliaque. En dehors, cette tumeur n'atteint pas la ligne médiane. Elle paraît se terminer de ce côté par un bord irrégulier formant une courbe à concavité supérieure. Matité au niveau de cette tumeur, mais en dehors il existe une zone sonore présentant presque un son tympanique. A droite on sent une autre tumeur qui occupe une position symétrique avec la première. Cette tumeur est moins volumineuse. Elle paraît faire corps avec le foie, mais si l'on cherche à faire la percussion de haut en bas on constate que la limite supérieure de la matité hépatique ne remonte pas très haut et que inférieurement, elle est séparée de la matité due à la présence de la tumeur, par une zone de sonorité que l'on ne saurait expliquer dans l'hypothèse d'une tumeur du foie. Enfin au-dessous de la tumeur on sent nettement de petites tumeurs arrondies dans la fosse iliaque droite, tumeurs glissant sous le doigt et paraissant constituées par des ganglions lymphatiques — Pouls, 132 pulsations par minute, fièvre qui n'offre pas aucun type régulier.

A la fin de juillet, les tumeurs ont considérablement augmenté. On n'a plus la sensation de tumeurs uniques ou du moins les sensations fournies par la palpation ne sont plus les mêmes dans toute l'étendue de la tumeur, comme si certains points commençaient à se ramollir. La tumeur se prolonge très bas dans le flanc droit.

Vers le milieu du mois d'août aggravation des symptômes, fièvre plus forte, appétit nul, l'émaciation augmente tous les jours. La diarrhée qu'on avait observée au début est remplacée par de la constipation.

Le 2 septembre. Léger épanchement ascitique.

Le 10 — Mort. L'enfant depuis quelques jours est dans un état complet de marasme.

Autopsie. — A l'ouverture du ventre on est frappé par la présence de deux tumeurs situées de chaque côté du ventre sur les deux flancs. A gauche, encéphaloïde du rein. A droite on voit la tumeur constituée par l'autre rein, mais en soulevant cette masse on trouve le rein droit dans sa situation normale et parfaitement sain. La tumeur est située dans le grand épiploon. Elle est constituée par de nombreuses masses de tissu encéphaloïde à diverses périodes d'évolution. On trouve aussi en ce point des ganglions qui, de même que les ganglions mésentériques, ont subi la dégénérescence cancéreuse.

Noyaux cancéreux dans le foie.

Masse cancéreuse à la face inférieure du poumon gauche.

Pas d'épanchement dans les plèvres.

Obs. XXXII (Résumée). — *Myome sarcomateux du rein chez une petite fille de 17 mois. Noyaux dans le péritoine diaphragmatique.*

EBERTH, *in Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie von Virchow.* — In thèse DUMONT, Paris, 1888-89.

Fille de 17 mois, morte avec tumeur abdominale ayant débuté du côté droit et paraissant se confondre avec le foie en haut.

Réseau veineux très développé. Ascite considérable. Œdème des extrémités.

A l'autopsie, tumeur dans le rein gauche du volume d'une pêche, Dans le rein droit tumeur arrondie présentant plusieurs saillies de la grosseur d'une noix environ. Plusieurs noyaux dans le péritoine diaphragmatique.

Histologiquement myosarcome du rein. Les noyaux du péritoine ont une structure analogue.

Dans les quatre observations qui vont suivre, il est difficile de dire si la lésion péritonéale a été primitive ou secondaire.

Obs. XXXIII. — *Lymphosarcome de l'intestin et du péritoine.*

Denucé et Rabère, *Journal de médecine de Bordeaux*, 26 mai 1907.

Enfant âgé de 3 ans 1/2, entré à l'hôpital des Enfants le 23 janvier pour des phénomènes abdominaux graves. Antécédents tant héréditaires que personnels sont dépourvus d'intérêt. Au mois de novembre dernier, par conséquent il y a 3 mois, M. Chavannaz eut l'occasion d'examiner l'enfant pour un traumatisme du coude. L'examen de l'abdomen ne lui révéla à ce moment rien d'anormal si ce n'est l'existence d'une petite tumeur au niveau de la région inguinale gauche. On pense à un kyste du cordon.

Depuis, jusqu'au 18 janvier, rien d'anormal. Le 18 janvier, l'enfant est pris subitement de vomissements alimentaires. Le ventre devient un peu dur, tendu, ballonné, mais le petit malade ne souffre pas, pas de fièvre. Sous l'influence du repos au lit, de la diète absolue, il se produit une amélioration. Le 22 janvier, aggravation subite ; on note de violentes douleurs abdominales avec point de départ dans la fosse iliaque gauche. Le ventre est ballonné. Au niveau de la fosse iliaque droite, on sent des frottements. Pas de vomissements. Les selles restent normales. Le petit malade est amené à l'hôpital. Indépendamment des symptômes déjà mentionnés plus haut, on note une circulation collatérale très développée. La percussion du ventre permet de constater qu'il existe une sonorité exagérée de tout l'abdomen sauf au niveau des deux fosses iliaques. Dans la fosse iliaque droite en particulier, la palpation permet de constater une tumeur volumineuse nettement limitée. La tumeur inguinale gauche est dure, tendue, très douloureuse à la pression. Pas de vomissements. Temp., 37°2. Pouls, 120.

Diagnostic difficile. On pense à de la tuberculose péritonéale à marche anormale ou à un pincement latéral de l'intestin. Inter-

vention. On pratique au niveau de la région inguinale gauche l'incision de la cure radicale de hernie. L'ouverture du conduit vagino-péritonéal donne issue à une assez grande quantité de sérosité brunâtre. Le conduit est occupé par une tumeur adhérente à une anse intestinale. Un doigt introduit dans l'abdomen permet de constater de nombreuses tumeurs analogues.

Mort quelques heures après l'intervention.

Autopsie impossible. Ouverture de l'abdomen par l'incision opératoire : on constate un grand nombre de tumeurs adhérentes à l'intestin ou sur le mésentère. Ces tumeurs sont constituées par un tissu friable, se déchirant sous le doigt.

Examen histologique : lymphosarcome.

Obs. XXXIV (résumée). — *Production générale de lymphosarcomatose.*

HENOCH, *Charité. Annalen*, 1880. *Arch. de pathol. infantile*, 1883, fasc. 4 (in CONCETTI).

Garçon de 11 ans, commença par avoir des douleurs dans le ventre, de l'œdème des jambes, des vomissements, le ventre est tuméfié, amaigrissement.

Au premier examen, la circonférence mesure 0 m. 75 cent., les parois sont lisses, tendues, avec un abondant réseau veineux : liquide ascitique, tumeurs mobiles, rondes. Les fèces étaient formées de scybales petites, fétides, sanguinolentes même. A la paracentèse on retire 250 cent. cubes de liquide hémorrhagique ; une autre fois 500 cent. cubes. Les douleurs se font plus vives, la prostration devient extrême, et quelques heures avant la mort survient un écoulement, goutte à goutte, de sang couleur de poix par l'anus. A l'autopsie on trouve un liquide ascite trouble, d'aspect laiteux, avec des cellules rondes infiltrées de graisse.

L'épiploon était épaissi avec des masses molles néoplasiques d'un blanc mat, de différentes formes, et de volume variable, avec des nodules très petits le long des vaisseaux. Les anses de l'intestin grêle sont un peu élargies et un peu dures au toucher, surtout à

l'insertion du mésentère : dans quelques points les parois sont épaissies, d'aspect laiteux avec des nodules néoplasiques durs qui en un point entourent tout l'intestin comme un anneau long de 4 cent. et épais de 2 cent. 1/2. A ce point correspondant, une tumeur mésentérique conglobée, grosse comme le poing d'un adulte. D'autres nodules néoplasiques se trouvent dans la petite courbure de l'estomac et dans le reste de l'intestin grêle, dans le gros intestin, dans les reins, dans le foie, dans les parois de la vessie, dans les ganglions du hile du foie, dans ceux qui entourent l'aorte, dans ceux du médiastin antérieur et postérieur, dans l'épaisseur du diaphragme. La rate est petite, anémique. La moëlle osseuse, normale. Dans le sang il n'y a pas augmentation de globules blancs. Les ganglions lymphatiques externes sont sains.

A l'examen microscopique on trouve partout des amas de petites cellules rondes dans un stroma extrêmement délicat.

Obs. XXXV. — *Tumeur cancéreuse de l'abdomen.*

Clar, *Oestern, Zstchr. f. Kinderheilk*, t. II, 1855, in thèse Rathery, Paris, 1870.

Un jeune garçon de 3 ans et 9 mois, né de parents sains, avait dès sa première enfance le ventre gros, quoique souple. Tout d'un coup le ventre se gonfle sans que l'enfant ne présente d'autres symptômes qu'une constipation opiniâtre et de légères douleurs vers le creux épigastrique. On administre plusieurs lavements qui produisent des selles muquoso-sanglantes. On constate bientôt une fluctuation nette dans l'abdomen et quatre jours après le début des accidents on peut sentir au-dessous des intestins distendus par les gaz une tumeur de la grosseur du poing environ, indolente et siégeant vers la région ombilicale. Le malade est pris de vomissements et meurt au bout de 7 jours.

A l'autopsie on trouve à la face inférieure du diaphragme plusieurs tumeurs formées par des masses encéphaloïdes qui traversent ce muscle de bas en haut. L'abdomen contient plusieurs litres d'un liquide albumineux jaunâtre. Le péritoine qui tapisse la face posté-

rieure de la paroi antérieure de l'abdomen et la face inférieure du diaphragme ainsi que le mésentère, porte des masses encéphaloïdes qui au voisinage de l'ombilic ont réuni plusieurs anses intestinales en une tumeur unique de la grosseur du poing ; enfin, surtout vers l'S iliaque, les tuniques de l'intestin sont infiltrées de matière encéphaloïde.

Obs. XXXVI. — *Lymphosarcome du péritoine, de l'intestin grêle, du foie et des reins.*

Wagner (cité par Birch-Hirschfeld in Gerhard, vol. IV, p. 2, p. 717), in Concetti.

Un enfant de 5 ans, après avoir reçu un violent coup dans le ventre, a des vomissements et de la diarrhée, puis l'abdomen se gonfle, particulièrement à droite ; le réseau veineux externe se dilate ; à la palpation on sent une tumeur dure, indolente, bosselée, en rapport avec l'hypochondre droit et la région gastrique jusqu'au dessous de l'ombilic Malgré un fort appétit, l'enfant maigrissait, des tumeurs bosselées étaient visibles, même à travers les parois abdominales. Il n'y avait point d'ascite. La mort survint deux mois après les premières manifestations morbides. A l'autopsie, le mésentère est épaissi, trouble, avec des masses d'aspect laiteux. Le foie était parsemé de nodules blanchâtres situés de préférence en rapport avec les rameaux de la veine-porte. Du mésentère partent des prolongements de la néoformation dont était parsemé tout le péritoine jusqu'aux parois de l'intestin grêle qui étaient çà et là infiltrées ; des masses nodulaires semblables se trouvaient dans les reins et le long des grosses veines en rapport avec le hile hépatique.

A l'examen microscopique on voit de gros amas de cellules semblables à des leucocytes, dans les mailles d'un délicat réticulum, avec un système de vaisseaux capillaires très développés comme dans le tissu cytogène physiologique des follicules lymphoïdes de l'intestin.

CONCLUSIONS

I. — Les tumeurs malignes primitives du péritoine chez l'enfant sont toujours constituées par des sarcomes. Le sarcome globo-cellulaire ou lymphosarcome est de beaucoup le plus fréquent.

II. — Les tumeurs malignes secondaires reproduisent la structure du néoplasme qui leur a donné naissance.

III. — Les tumeurs malignes du péritoine se localisent le plus souvent à un des replis de la séreuse : mésentère ou épiploon. Elles peuvent, mais plus rarement, être généralisées à la séreuse toute entière.

IV. — Pendant leur évolution on les a confondues dans la plupart des cas avec une tuberculose péritonéale. Cependant nous avons insisté sur quelques symptômes permettant de faire le diagnostic de ces deux affections. La laparotomie est parfois le seul moyen de le trancher d'une façon définitive.

V. — Il n'y a aucun traitement efficace à opposer contre la marche si rapide de ces tumeurs. Elles sont

ordinairement inopérables à cause de leur volume, des adhérences qu'elles contractent avec les organes voisins. Si l'extirpation est possible elle est rapidement suivie de récidive.

Vu :
Le Président de la Thèse,
HUTINEL.

Vu :
Le Doyen :
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer:
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Allaria (D. G. B.). Syndrome pseudo ascitique chez des enfants atteints d'entérite chronique. *Archives de Médecine des enfants*, septembre 1908, p. 623.

Aslanian. *Contribution à l'étude de la péritonite cancéreuse.* Thèse Paris, 1894-95.

Auché et Peyre. Kyste muqueux juxta-intestinal. *Archives de Médecine des enfants,* avril 1908, p. 253.

Augagneur. *Tumeurs du mésentère.* Thèse agrégation, 1886.

Bessel-Hagen. *Virchows Archiv*, 1885, XCIX.

Boidin. Maladies du péritoine. *In Manuel des maladies du tube digestif* de Debove, Achard, Castaigne, 1908.

Bonamy. *Des sarcomes primitifs du grand épiploon.* Thèse Paris, 1906-1907.

British med. Journal. Statistique, 1884, I, p. 938.

Camus. *Etudes sur les néoplasmes primitifs du grand épiploon.* Thèse Paris, 1891-92.

Castueil. *Marseille médical*, 1893, p. 613.

Chauveau. *Contribution à l'étude des tumeurs malignes des enfants.* Thèse Paris, 1883.

Christiani. Des néoplasmes congénitaux. *Journal de l'anatomie et de la physiologie*, 1891.

Chuquet. *Cancer généralisé du péritoine.* Thèse Paris, 1884.

Clar. *Oestern Zstchr f. Kinderheik.*, t. II, 1855.

Luigi-Concetti. Les tumeurs malignes des organes glandulaires lymphatiques. *Revue d'hygiène et de médecine enfantiles,* N^{os} 5 et 6, 1906, p. 309.

Conforti. *Centralblatt für allgemeine Pathol. and pathologische Anatomie,* 1896, p. 816.

Cornil et Ranver. *Traité d'anatomie pathologique.*

Debrünner. *Drei Fälle von Sarkome in Kindesalter.* Inaug. dissert. Zurich, 1883.

Demange. Thèse de Paris, 1874.

Denucé et Rabère. *Journal de médecine de Bordeaux*, 26 mai 1907.

Lewi (J.), Donnhauser. Les tumeurs malignes des ovaires chez les enfants. *Albany medicals Ann.*, janvier 1906.

Dumont. *Tumeurs malignes du rein chez les enfants*, Thèse Paris, 1888-1889.

Duncan-James. *Edinburgh medical Journal*, 1886, p. 1127.

Duzan. *Le cancer chez les enfants.* Thèse Paris, 1876.

Fournaise. *Etude clinique sur les affections dites cancéreuses du péritoine.* Thèse Paris, août 1872.

Galvaing. *De la péritonite cancéreuse.* Thèse Paris, 1872.

Gendrin. *Influence de l'âge sur les maladies.* Thèse agrégation, 1840.

Gœpfer (René). Tuberculose du péritoine dans l'enfance. *Archives médecine des enfants*, 1904, p. 467.

Grancher, Comby, Marfan. *Traité des maladies de l'enfance.*

Guinon et Reubsaët. Un cas de maladie de Hirschsprung. *Arch. médecine des enfants*, mars 1908.

Hagenbach-Buckhard. *Jahresbericht des Kinderpit. zu Basel*, 1901, p. 44.

Heinricius (G.). de Helsingfors. *Centralblatt für Chirurgie*, 1898, N° 25, p. 609.

Henoch. *Charité Annalen.* 1880.

Henocque. *Dictionnaire Dechambre.* Article : Cancer.

Krupetsky. *Jahrb. für Kinder.*, N° 44, 1897, p. 468.

Lancereaux. Contribution à l'étude de quelques affections du péritoine. *Archives générales de médecine*, 1878, p. 574.

Latronche. *Journal de médecine de Bordeaux*, 17 juillet 1904, p. 528.

Lavocat. *Etude clinique des tumeurs du grand épiploon.* Thèse Paris, 1891-92.

Lebert. *Traité des maladies cancéreuses.* Paris, 1851.

Le Dentu et Delbet. *Traité de chirurgie clinique et opératoire.*

Le Vaillant. *Les tumeurs malignes chez les enfants.* Thèse Paris, 1880-81.

Löhlein. Zur Diagnose des tuberkulosen Peritonitis. *Deutsche med. Wochens.*, N° 39, 1900.

Loumine. *Wracht*, 1893, N° 42, p. 1162.

Lorreyte. *Etude sur le cancer du péritoine.* Thèse Paris, 1875.

Malherbe. *Recherches sur le sarcome*, 1904.

Mandelbaum et Liebmann. *Mount Sinaï Hosp. Report.* 1899.

Mariage. *Essai sur les tumeurs malignes des enfants.* Thèse Paris, 1894-95.

Marquis. *Du cancer primitif du péritoine.* Thèse Paris, 1873.

Ménétrier. Le cancer. In *Traité de médecine et thérapeutique* de Brouardel, Gilbert et Thoinot, 2e édition.

Mérand. *Des sarcomes retro-péritonéaux.* Thèse Paris, 1896-97.

Moizard et Rabé. *Lymphadénome de l'intestin chez un enfant de 3 ans.* Séance du 23 février 1904, p. 68. Discussion : Guinon, Sevestre, Mauclaire, Broca.

Mongird. *Cancer du péritoine.* Thèse Paris, 1884.

Moynihan. Kystes du mésentère. *Leeds and West Riding medico chirurgical society,* 30 avril 1897.

Bristish med. journal, 22 mai.

Archives de médecine des enfants, 1898, p. 426.

Pepin. *Journal de médecine Bordeaux,* 21 juin 1892.

Picot. Les tumeurs malignes des enfants. *Rev. méd. Suisse rom.,* 1883.

Rathery. *Diagnostic des tumeurs intra-abdominales chez les enfants.* Thèse Paris, 1870.

Reboule. *Les tumeurs malignes de l'intestin chez les enfants* (étude clinique). Thèse Paris, 1901-02.

Santos (M.-A.). *Revue Soc. med. Argentina,* nov.-déc. 1904.

Saint-Germain (De). Les tumeurs malignes chez les enfants. *Revue malad. des enfants,* 1883.

Sébileau. *Epanchement du péritoine dans les tumeurs de l'appareil génital interne de la femme.* Thèse Paris, 1889.

Siegel. *Berlin. klinis. Woch,* 1899, p. 767, N° 35.

Steffen. *Die malignen Geschwülste in Kinderalt,* 1905 (Stuttgart).

Steiner. *Jahrb. f. Kinderheilk.,* VII, 1864, p. 61.

Stern. *Deutsche medic. Wochenschr.,* 1892, N° 22, p. 496.

Tillaux. *Traité de chirurgie clinique,* t. II.

Tugendreich. Mesenteriales Chylangion bei einem Wochen alten Kinde. *Archiv. für Kinderheilk.,* 1906, t. 44, p. 21.

Vitalien. *Péritonite cancéreuse primitive.* Thèse Paris, 1896-97.

Widerhofer. *Handbuch der Kinderkrankheiten,* 1880.

Woodmann. *The Lancet,* 21 juillet 1877, p. 87.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	7
Etiologie	11
Anatomie pathologique	19
Étude clinique. — Symptomatologie. — Formes cliniques. — Evolution	28
Diagnostic	42
Traitement	56
Observations	57
Conclusions	107
Bibliographie	109

Travail exécuté en commandite par des ouvriers syndiqués.

Typ. Fr. Guyon (506-2-9). MARQUE SYNDICALE Saint-Brieuc.

6 B